Rok XLVII. Kraków, dnia 7. marca 1908. Nr 10.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

**Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Serajewie.**

## Histerya z wybitnemi zboczeniami psychicznemi.

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Opisał

**Prof. Dr L. Korczyński.**

Właściwe ocenienie histeryi i poznanie jej gruntowne stanowi zasługę francuskiej szkoły lekarskiej w drugiej połowie zeszłego stulecia. Francya, a zwłaszcza Paryż, to siedziba najznamienitsza, a przynajmniej jedna z najznamienitszych tej choroby; tam najwięcej było sposobności do śledzenia jej objawów i poznawania jej postaci, a równoczesny rozwój neurologii anatomicznej ułatwiał w wysokim stopniu stworzenie ogólnego, klinicznego obrazu tego, co, nie przestając być chorobą, nie jest jednak chorobą anatomiczną w zwykłem tego słowa znaczeniu. Wielka zmienność i niestałość zaburzeń, ich wielorakość i nieprzebrana prawie różnorodność, nadzwyczajne stopniowanie w nasileniu zjawisk, utrudniały w wysokim stopniu krytykę klinicznych spostrzeżeń histeryi, ale równocześnie same przez się nasuwały przypuszczenie, jedynie uzasadnione, że siedliskiem choroby jest mózg, ściślej biorąc kora mózgowa. Pierwszym, który w ten sposób pojął histeryę, był Charcot, i jego to piórem skreślone zostały w mistrzowski istotnie sposób opisy przypadków tej choroby. Pod wpływem Charcota i jego szkoły zaczęto histeryę uważać za nerwicę psychiczną, a nieprawidłowym stanem kory mózgowej tłomaczyć jej objawy. Ile czynnościowych obszarów w korze, tyle różnorodnych zboczeń, a więc i obrazów choroby, obrazów prostych, lub bardziej złożonych, szkicowanych łagodnemi liniami, lub kreślonych jaskrawym rysunkiem, zależnie od rozległości i od stopnia zmian czynnościowych w korze.

Gdybyśmy obraz histeryi, jako pojęcie oderwane, rozczłonkować chcieli, to należałoby odróżnić w nim pewne zasadnicze grupy zboczeń. Pierwszą tworzą zboczenia psychiczne, drugą zmysłowe, trzecią czuciowe, czwartą i ostatnią ruchowe. W każdej z grup powstawać mogą dwa rodzaje zaburzeń, napozór przynajmniej wprost sobie przeciwnych: wygórowanie wrażliwości i zmniejszenie aż do zupełnego zniknięcia zdolności odczynu.

Postawienie zboczeń psychicznych na samem czele nie jest ani rzeczą przypadkową, ani dowolną. Miejsce to należy się im najzupełniej słusznie, gdyż niema histeryi bez mniejszych lub większych psychologicznych wypaczeń. I te właśnie wypaczenia nadają piętno duchowe histerycznym chorym. Wspólnem znamieniem ich usposobienia jest w pierwszym rzędzie wielka zmienność nastroju psychicznego, zależna od chorobliwej wrażliwości psychicznej, a w niemniejszym stopniu także przesadny subjektywizm. Własne »ja« — bez względu na to, czy na zewnątrz objawia się widocznem ciasnem samolubstwem, czy przesadnym altruizmem — tworzy u nich istotną podstawę odczuwania i oceniania wrażeń, kierunku myśli, rozumowania, wysnuwania wniosków; osobiste odczuwanie, nierzadko własne zachcianki są dla nich jedynie słuszną miarą, a pragnienie ich zaspokojenia jedynym zrozumiałym motywem dla psychologicznego przerabiania wrażeń, często i dla czynów. Jak długo umysł nie stracił jeszcze zupełnie zdolności krytyki, a wola zachowała dostateczny zasób sił, posiadają chorzy pewną miarę panowania nad sobą i hamowania się, jeśli nie zawsze, to przynajmniej w ważniejszych chwilach. W wyższych stopniach choroby zatraca się i krytyka i wola, a wtedy i wewnętrzne życie psychiczne i zewnętrzne jego przejawy odbywać się mogą zupełnie odruchowo, bez jakiegokolwiek względu na logikę myśli i czynów i bez względu na świat zewnętrzny. Mogą wtedy powstawać obrazy histeryi, w których choroba nie przedstawia się już jako zwykła nerwica, zmieniająca usposobienie danej osoby, przykra dla niej samej i dla otoczenia, zmniejszająca rozmiary i wydatność pracy, ale nosi znamiona choroby psychicznej ze wszystkiemi jej następstwami. Mamy wtedy przed sobą psychozy histeryczne, jak brzmi niezupełnie może słuszna, ale najbardziej utarta nazwa tych stanów.

Psychozy takie są zazwyczaj bardzo nietypowe, przedewszystkiem przez swoją zmienność. Ale ta zmienność jest ich właściwem znamieniem. Bez niej byłoby niekiedy bardzo trudno wyłączyć samoistną chorobę umysłową, lub powikłanie jej z histeryą. Podnosi to z naciskiem między innymi Binswanger, mówiąc, że w przypadkach wybitnych zboczeń w histeryi, tak wielka bywa zmienność objawów, wskazujących na zboczenia umysłowe, że wszelkie usiłowania rozpoznawcze, zmierzające do ujęcia zboczeń w ramy obrazu jednej tylko psychozy, są wprost bezowocne.

Piśmiennictwo neurologiczne zajmuje się już oddawna bardzo żywo psychologią chorych histerycznych, a odnoszące się tu prace kuszą się o zbadanie i ustalenie związku między psychicznym stanem chorych, a zewnętrznemi cielesnemi znamionami choroby. Jak dotąd usiłowania te mają tylko znaczenie pojęć hipotetycznych. O ustaleniu poglądów, tłomaczących objawy histeryi, nie może być jeszcze mowy. Dalsze badania i krytyczne rozbiory spostrzeżeń, odnoszących się do przypadków histeryi, są wobec tego bardzo pożądane. Ale nietylko z teoretycznego punktu widzenia budzić musi zajęcie badanie i spostrzeganie ciekawszych przypadków histeryi. Także i ze względów czysto praktycznych zasługują one na pilną uwagę, a ich powstawanie i krytyczny rozwój na krytyczną ocenę. Pewność w rozpoznaniu histeryi, bez właściwego klinicznego spostrzegania, jest wobec znacznego rozpowszechnienia tej choroby bardzo ważna dla każdego lekarza. Posiadając ją, spełnia się lepiej nietylko ściśle lecznicze zadania lekarskie, ale także i społeczne. Wobec tego usprawiedliwionym

może będzie opis przypadku histeryi z wybitnymi objawami psychicznymi, który w ostatnich czasach był przedmiotem badania i spostrzegania na moim oddziale.

L. A., lat 22, wyznania mojżeszowego (Spaniol), syn kupca z Sarajewa.

Według opowiadania siostry i szwagra chorego nie zdarzały się w rodzinie przypadki chorób nerwowych, ani umysłowych. Przy bliższem wszakże śledzeniu wychodzi na jaw, że rodzice jego są ze sobą spokrewnieni, że ojciec odznacza się gwałtownem usposobieniem i nierzadko wybucha niepomiarkowanym gniewem bez ważniejszej przyczyny. Dalsze pytania co do kiły, nadużywania napojów wyskokowych i t. p. szczegółów, mających znaczenie dla powstawania chorób nerwowych u potomstwa, dały wynik ujemny. — Jako dziecko miał być L. A. zupełnie prawidłowy, a rozwój jego fizyczny i umysłowy miał się odbywać prawidłowo do siódmego roku życia. W tym wieku zapadł na jakąś dłuższą chorobę gorączkową, według opowiadania na dur brzuszny. Po wyzdrowieniu spostrzeżono wyraźną zmianę jego usposobienia. Stał się bardzo drażliwym, kapryśnym, niepowściągliwym, skarcony dostawał nierzadko napadów spazmatycznego płaczu, niekiedy wybuchał znów śmiechem, jakoby nienaturalnym. Z rozpoczęciem nauki zdradzał tak wielki brak zdolności, że tylko z wielkim trudem nauczył się czytać i pisać, oraz nieco rachunków. Ojciec, który miał zamiar dać mu wyższe wykształcenie, zniechęcił się do syna z powodu jego nieporadności, stał się dla niego przykrym, co niekorzystnie wpływało na chłopca. Wreszcie zobaczył, że nie zrobi z niego uczonego i wziął go za radą nauczycieli do swego handlu. Jako pomocnik sklepowy miał chory spełniać dość dobrze swoje obowiązki, przynajmniej o tyle, że otoczenie nie dostrzegało nic rażącego w jego postępowaniu i zachowaniu się. Jedynie tylko kłótliwość i gniewliwość czyniły przykrem przebywanie w jego towarzystwie. Wyrósłszy na młodzieńca, zaczął od ojca żądać, aby mu urządził własny sklep. Te żądania bywały bardzo natarczywe i z tego powodu przydarzały się słowne utarczki między ojcem, a synem. W ciągu zeszłego roku otrzymał chory to, czego żądał, w postaci małego sklepiku. Nie był jednak z tego zadowolony, narzekał, że ma »za mały interes«, miewał częste utarczki ze swymi odbiorcami, swarzył się ze sąsiadami. Przed 5 tygodniami zjawiły się nagle po całodziennym poście i przesadnych modlitwach wyraźne zboczenia psychiczne. Chory na wpół przytomny wykonywał najrozmaitsze ruchy rękami i nogami, a nawet całem ciałem, wykrzywiał twarz, stroił najrozmaitsze miny, wybuchał bez widocznej przyczyny płaczem lub śmiechem, albo znów popadał w stan zupełnej apatyi i całemi godzinami śnił z otwartemi oczyma, leżąc lub siedząc.

Po raz pierwszy widziałem chorego w godzinie ordynacyjnej 5. października 1907. Podczas badania zachowywał się biernie, na pytania odpowiadał niechętnie i jakby z pewnym wysiłkiem, namyślając się długo i cedząc jedno słowo po drugiem. Ożywił się dopiero, gdy wśród rozmowy poruszyłem stronę seksualną jego życia. Zaczął wtedy wyrzekać na ojca, że nie pozwala mu ożenić się, że on chce mieć własny dom, żonę i dzieci. Bezpośrednio po całym potoku słów na ten temat wystąpił nietypowy napad histero-epileptyczny. Po paru rzutach rękami i krótkotrwałem wyprężeniu całego ciała, pojawiły się najrozmaitsze ruchy. Początek stanowiły ruchy głową, po których nastąpiły ruchy całego tułowia, naśladujące dokładnie rytmiczne zginanie i wyprostowywanie ciała, jakie się widzi u derwiszów w meczetach podczas wieczornych czwartkowych nabożeństw na zakończenie modlitw. W takt bębna przeginają uczestnicy całe ciało, a raczej rzucają niem naprzód i w tył, z jednego boku na drugi, a po pewnym czasie niektórzy z nich dostają ogólnych drgawek, czasem popadają w stan katalepsyi. Chory naśladował wybornie ten t. zw. taniec derwiszów. Po 10—15 minutach uspokoił się i sprawiał wrażenie na wpół przytomnego, na pytania nie odpowiadał, zachowywał się zupełnie biernie nawet przy szczypaniu i kłuciu skóry, a członki jego okazywały tę dla katalepsyi cechującą podatność, którą nazywamy podatnością woskową (*flexibilitas cerea*). W celu dalszego spostrzegania i dokładniejszego badania skłoniłem rodzinę, aby go pomieściła w szpitalu. Przebywał w nim do końca października, t. j. przez 3 tygodnie z górą. Wynik badań i spostrzeżeń był następujący:

Chory wzrostu średniego, budowa kośćca umiarowa, kości długie dobrze rozwinięte, skóra śniada, mięśnie jędrne. Głowa mała, zwłaszcza część jej przednia, t. j. czoło i twarz, za małe w stosunku do wzrostu. Szwy, łączące kości boczne z kością potyliczną przebiegają niezupełnie jednakowo; szew prawy leży bardziej ku tyłowi i jest widocznie krótszy. Szyja miernie długa; klatka piersiowa dość słabo wysklepiona, mostek nieco zapadnięty; rusztowanie kostne, jak na młody wiek chorego, za mało podatne. W płucach i sercu niema żadnych zmian. Brzuch płaski. Narządy brzuszne prawidłowe. Mocz co do ilościowego i jakościowego składu bez zboczeń. Części rodne należycie rozwinięte, moszna nieco obwisłe.

**Układ nerwowy.** W zakresie czucia ogólna skórna przeczulica dotykowa i bolu. Wyjątek stanowią obszary skóry na łopatce i na górnej części prawego ramienia, oraz na biodrze i na górnej części prawego uda, gdzie stwierdzić można wyraźne zmniejszenie wrażliwości dotykowej i na ból. Wzdłuż kręgosłupa kilka punktów bolesnych, bolesność wyraźna w zatoce biodrowej prawej, przypominająca żywo owarialgię u kobiet. Wybitna przeczulica jąder i prącia.

W sferze wyższych zmysłów zwraca uwagę słabe wykształcenie smaku i powonienia. Chory odróżnia wprawdzie pojedyncze smaki, ale nie umie oznaczyć ich stopnia. N. p. nie potrafi podać, który z dwóch niejednakowych rozczynów kwasu octowego jest kwaśniejszy. Węchem odróżnia zapachy przykre od przyjemnych; nie poznaje jednak wielu zapachów, n. p. tak rozpowszechnionego na Wschodzie zapachu, jak woń olejku różanego. Wzrok dobry; poczucie barw należyte, przynajmniej o tyle, że je zasadniczo odróżnia; nie potrafi jednak określić dokładnie ciemniejszych i jaśniejszych odcieni tej samej barwy. Zwężenia pola widzenia przy zwykłem badaniu zapomocą palców — (perymetru oddział nie posiada) — nie można było stwierdzić.

Jako najważniejszy szczegół przy badaniu narządu ruchowego, zwracała uwagę częściowa niemożność stania i chodzenia, tworząca jaskrawą sprzeczność z pajacowatymi ruchami, pojawiającymi się od czasu do czasu. Ile razy polecono choremu stać prosto na środku sali, zawsze występowało drżenie nóg, a wraz z tem przysiadał coraz bardziej i zajmował wreszcie pozycyę kuczącą, taką, jaką przybiera zawsze miejscowa ludność, chcąc wypocząć. Na pytanie, dlaczego nie stoi, odpowiadał, że niema w nogach siły, że coś go ciągnie do ziemi i że mimo chęci nie może się zmusić do dłuższego stania. I chód chorego bywał często dziwaczny. Po paru krokach, zrobionych zupełnie dobrze, zaczynał suwać nogami, jak człowiek z niedowładem kończyn, potem przysiadał coraz niżej i w tej pozycyi posuwał się naprzód.

Mięśnie dobrze rozwinięte, jędrne. Pobudliwość mechaniczna mięśni wygórowana, odruchy ścięgniste silniejsze od prawidłowych.

Odruchy skórne i pobudliwość naczynio-ruchowa skóry wygórowane.

Odruchy spojówki i podniebienia prawie zupełnie zniesione.

Już przy wywiadach wspominaliśmy o ruchach pajacowatych, które chory wykonywał, a które stanowiły szczegół, najbardziej zwracający uwagę. Nie były one zawsze jednakowe. Obok opisanych wyżej, bardziej jednostajnych ruchów wahadłowych całego ciała, spostrzegano najrozmaitsze poruszenia, naśladujące szwedzką gimnastykę pokojową, dalej dziwaczne skoki, włażenie na łóżka, stoły, krzesła i t. d., a więc to wszystko, co w opisie obrazów t. zw. wielkiej lub ciężkiej histeryi nosi nazwę pląsawicy wielkiej, względnie pajacostwa (*chorea major*, *clownismus*). Bardzo często następowała po tych ruchach typowa katalepsya. Stan kataleptyczny można było zresztą wywołać u chorego nader łatwo, bez właściwego hipnotyzowania, zwłaszcza jeśli był w usposobieniu pognębionem, lub zadumowem.

Zupełnie niezależnie od napadów pajacostwa przychodziła niekiedy na chorego mania porządkowania. Układał wtedy pościel i wygładzał ją z fałdów, porządkował swoje szpitalne ubranie, albo znów, z jakąkolwiek szmatą w ręku, ścierał kurze z podłogi, łażąc na czworakach, z pieca lub z szaf, wchodząc w tym celu na krzesła. Wśród tych napadów sprawiał wrażenie zupełnie nieprzytomnego, był ślepy i głuchy na to wszystko. co się koło niego działo. Wobec tego należało owe napady poczytywać za stan somnambulizmu.

Zasób wiadomości chorego jest, jak na jego wiek i na stosunki, w jakich się obracał, bardzo niewielki. Czyta dość płynnie, ale bez chęci zrozumienia i zapamiętania treści przeczytanego ustępu. Ażeby go zmusić do zrozumienia i do powtórzenia tego, co przeczytał, trzeba rozkazu wyrażonego z naciskiem. Przy nieco dłuższem czytaniu zachowuje się jak dziecko, zwraca uwagę na wszystko, co się wokoło niego dzieje, wreszcie zapomina o tem, że ma książkę w ręku i przestaje czytać. Pisze niezbyt wprawnie, ale czytelnie, a nawet bez rażących błędów, o ile uda się zmusić go do skupienia uwagi. To samo odnosi się do prostych działań rachunkowych. Jego wiadomości geogra-

ficzne nie wychodzą właściwie poza obręb miejsca zamieszkania, zna nazwy ważniejszych ulic miasta, ale myli się już w podaniu miejsca zamieszkania członków swojej rodziny. Także wiadomości, niezbędnie potrzebne ze względu na stosunki z władzami, są bardzo małe. Nie zdaje sobie n. p. sprawy z rodzaju władz i urzędów krajowych i z zakresu ich działania, nie zna nazw urzędów, nazwisk naczelników władz i t. d. Na pytania, odnoszące się do jego życia, odpowiada zupełnie dobrze, ale we wszystkiem, co wkracza w zakres jego stosunków z otoczeniem i jego podmiotowych uczuć, widocznie przesadza. Żali się na ojca i na jego postępowanie, wyrzeka na właścicieli sklepików, sąsiadujących z jego »duczanem« (sklepik), opowiada, że go drażnili i wyśmiewali bez przerwy, a on musiał się skutkiem tego złościć. O histerycznem spaczeniu charakteru chorego świadczą kłamstwa, które popełniał, oskarżając członków swej rodziny, służbę oddziału szpitalnego, na którym leżał i t. d. I tak n. p. stłukł sobie rękę rozmyślnie, a potem oskarżał posługaczkę, że ona uderzyła go kijem. Stale utrzymywał, że niema ochoty do jedzenia, ale mimo to zjadał zawsze wszystko, co mu przyniesiono, a nadto zabierał bułki swoim sąsiadom, a nawet wprost je wykradał. Czasami bywał złośliwy i ze szczególnem upodobaniem darł i niszczył części ubrania szpitalnego, a przy nadarzonej sposobności podczas wizyt żalił się, że dostaje podarte i nieporządne ubranie. Był w takich razach bardzo ożywiony i bardzo rozmowny. Rozmowa nie szła wszakże zawsze łatwo. Dość często przydarzały się chwile uporczywego milczenia, w których z miną zasępioną, leżąc lub siedząc, wpatrzony przed siebie, zupełnie był obojętny na to, co się wokoło niego działo. Z tej zadumy można go było obudzić, zmusić do odpowiedzi na pytania, ale odpowiedzi były dziwaczne, a chory sprawiał wrażenie na pół przytomnego, dopiero co z głębokiego snu zbudzonego. Miewał także chwile niepokoju albo niezwykłego, niczem nieuzasadnionego ożywienia. Wybuchał wtedy płaczem lub śmiechem, gestykulował bardzo żywo i t. d. Kilka razy prowadził ożywioną rozmowę z osobą, której przy nim zupełnie nie było, a istniała tylko w jego wyobraźni. Nie był to wszakże typowy omam (halucynacya), gdyż na pytanie, czy widzi przy sobie osobę, do której mówi, oświadczył, że jej niema, ale że on musi i tak z nią rozmawiać.

Rozpatrzywszy się w różnorodnych objawach, które u chorego zauważono, trzeba je podzielić na dwie grupy. W jednej widzimy objawy niedostatecznego rozwoju psychicznego (*imbecillitas*), w drugiej objawy histeryi ze znamionami psychicznego wypaczenia. Do pierwszych należą szczegóły, uzyskane z wywiadów, z których wynika, że chory już w dziecinnych latach odznaczał się brakiem wszelkich zdolności umysłowych, nie pojmował nauki i stał o wiele niżej pod względem inteligencyi od swoich rówieśników. O tem samem przekonują badania, dokonane w czasie pobytu chorego w szpitalu, a stwierdzające bardzo mały zasób wiadomości u chorego i to nietylko szkolnych, ale także i takich, które bez jakiejkolwiek nauki przynosi ze sobą życie miejskie wśród rodziny i osób znajomych, należących do stanu przynajmniej nawpół inteligentnego.

Do szeregu znamion histeryi, na których opieramy rozpoznanie tej choroby, należały u naszego chorego ogólna przeczulica, a obok niej jednostronne wyspowate znieczulenia, wygórowana pobudliwość mięśniowa, wzmożenie odruchów skórnych i odruchów ścięgnistych, brak odruchów spojówkowych i podniebieniowych, częściowa niemożność stania i chodzenia. Zaburzenia w zakresie smaku i węchu, w części także i wzroku, możnaby również poczytywać za wynik histerycznego obniżenia pobudliwości, czy też wrażliwości tych zmysłów. Ale wobec niedostatecznego rozwoju umysłowego chorego i małej jego inteligencyi wydaje się być rzeczą właściwszą położyć te zboczenia na karb niewykształcenia zmysłów. Napady pajacostwa, stan katalepsyi i somnabulizmu pojąć bardzo łatwo jako dalsze objawy histeryczne. Nieco dokładniej trzeba się zastanowić nad znamionami psychicznego rozstroju i wypaczenia. Oceniając je z osobna, łatwo wśród nich odnaleść zjawiska, które są właściwością pewnych, klinicznie dokładnie określonych postaci chorób umysłowych, a tem samem zwrócić myśl ku jednej z tych postaci. Po jednorazowem badaniu nader było łatwo pójść w tym kierunku. Ale dłuższe spostrzeganie nastręczyło dość wiele sposobności, aby zobaczyć, jak bardzo zmienne były znamiona nieprawidłowego psychicznego stanu chorego, jak często następowały po sobie zjawiska, które wzajemnie się wyłączają, gdy chodzi o odróżnianie jednolitych klinicznych postaci chorób umysłowych. To też istotnie było rzeczą wprost niemożliwą stworzyć z tych wszystkich objawów jakąś całość kliniczną i ująć je w ramy obrazu jednej tylko choroby umysłowej. A więc już wprost przez wyłączenie należało je poczytać za znamiona psychicznego wypaczenia histerycznego. Było to tem bardziej wskazane, skoro rozpoznanie histeryi uzasadniały inne objawy, tak bardzo dla tej choroby znamienne.

Stopniowy rozwój i ostateczny wybuch histeryi śledzić można w opisanym przypadku wcale dokładnie od pierwszych jej początków. Dziecko, dziedzicznie obciążone, jako jedyny syn w rodzinie żydowskiej, źle prowadzane, zapada na dłuższą chorobę zakaźną. Tu dalsza sposobność do niewłaściwego postępowania, do przesadnej troskliwości i zgubnej czułostkowości. Choroba, jako taka, wywiera wpływ niekorzystny na zasób sił wogóle, a sił psychicznych w szczególności. W danym przypadku zdarza się to właśnie w chwili, kiedy zapotrzebowanie tych sił staje się większem. Dziecko rozpoczyna naukę. Nie może się dostosować do jej wymagań, umysł jego mało rozwinięty, osłabiony nie pojmuje nauki. Chory czuje to zapewne, widzi swoje upośledzenie i cierpi nad tem psychicznie. Cierpi zaś tem bardziej, skoro przychodzi mu słuchać wymówek i strofowań, a nawet doznawać kar w szkole i w domu. Usposobienie jego zmienia się widocznie. Przestaje wtedy być tylko nierozwiniętem nerwowem dzieckiem, a staje się dzieckiem histerycznem. Nie umie zastosować się do tego, czego od niego wymaga życie i otoczenie i, niezdolne do naturalnego psychicznego rozwoju, ulega w zupełności wpływom chorobliwej wrażliwości. Stan taki trwa przez szereg lat. Wreszcie dochodzi do wybuchu. Dotąd uważano go za niezdolnego, za popędliwego złośnika, teraz widzi jego otoczenie, że jest chory umysłowo. Gdyby to spostrzeżono w pierwszych latach dzieciństwa, gdyby wtedy przez odpowiednie wpływy psychiczne, albo, powiedzmy lepiej, przez leczenie psychiczne pokuszono się o naprawienie tego, co w psychicznem życiu i rozwoju chłopca było niedobrem, chorobliwem, udałoby się może było przynajmniej w pewnej mierze sprostować wypaczenia, a układ nerwowy wprowadzić na bardziej prawidłowe tory. Spostrzeżenie przyszło za późno, choroba przybrała za wielkie rozmiary. I tak skutkiem nieuwagi i zaniedbania przybyła społeczeństwu jedna jednostka więcej z tych, które małą, a właściwie już żadnej dla niego nie przedstawiają wartości.

---

**Z oddziału terapeutycznego szpitala dla dzieci św. Olgi w Moskwie pod kierunkiem Doc. Dra A. Kisiela.**

## O wpływie leczniczym salicylanu sodu na ostry gościec stawowy u dzieci.

Podał

**Dr Ludwik Mańkowski.**

Pod wpływem odkryć Pasteura weszła nauka o lecznictwie na nowe tory. Idea odporności ustroju, odkrycie toksyn i antytoksyn i t. d. budziły nadzieję, że lekarz będzie mógł zmierzyć się z chorobą zapomocą środków usuwających już rzeczywistą jej przyczynę, a nietylko jej objawowe przypady.

Odkrycie surowicy przeciwbłoniczej, przeciwpłoniczej i wielu innych uczyniły zadość tej potrzebie. Równocześnie

i zapobieganie chorobom zakaźnym wstąpiło na nową drogę, którą znaczyły odkrycie szczepionki cholerycznej i t. p.

Ale niestety właściwej przyczyny wielu jeszcze chorób zakaźnych nie zdołano dotychczas wykryć i w tych chorobach używa się na szerokie rozmiary dawnych sposobów leczenia. Do rzędu takich chorób z niewyjaśnioną etyologią należy i ostry gościec stawowy; a najbardziej rozpowszechnionym i być może nawet jedynym środkiem leczenia jest w tej chorobie salicylan sodu.

Sprawa użyteczności i swoistości tego środka wydawała mi się zagadnieniem zajmującem i na czasie, wskutek czego przedsięwziąłem niniejszą pracę i oddaję ją pod sąd kolegów.

Ostry gościec stawowy należy do rzędu chorób zakaźnych z niewyjaśnioną etyologią. Przebieg choroby u dzieci bywa nader rozmaity. Bardzo często zdarza się, że dziecko, które przy przyjęciu do szpitala krzyczało przy najmniejszym ruchu lub nawet dotknięciu, następnego dnia czuje się zupełnie dobrze; bole znikają, wszelkie ruchy są swobodne. Jako przykład mogą posłużyć przypadki następujące:

1. Marya O., 8 lat. Przyjęta na oddział d. 20. XI. 1903 r. W domu z początku zajęte było prawe kolano, następnie lewe i staw skokowy lewy. Przy przyjęciu silne bole i obrzęk w stawie skokowym lewym, chora gorączkuje. Po upływie doby ogromne polepszenie: bolów nie ma, obrzęk prawie znikł, miękki szmer skurczowy nad końcem serca. Chora gorączkowała 2 dni, a po 5 dniach wyszła zupełnie zdrowa. Wewnętrznie zażywała tylko tran.

2. Szymon U., 12 lat liczący, przyjęty d. 15. XII. 1898 r. Chory od 4 dni. Silne bole i obrzęk obu stawów kolanowych. Gorączka. Wszystko to znikło po dobie, chociaż chory gorączkował jeszcze 3 dni. 22. XII. 1898 r. wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy. Wewnętrznie zażywał tylko tran.

3. Mikołaj B., 13 lat 10 miesięcy liczący, przyjęty 3. IV. 1897 r. w trzecim dniu choroby. Widoczny obrzęk, zaczerwienienie i silne bole w stawach skokowych. Wszystko to dnia następnego znikło bez śladu. W szpitalu nie gorączkował. Wyszedł wyleczony 11. IV. 1897. Wewnętrznie — tran.

4. Michał P., 9 lat. Przyjęty d. 20. III. 1903 r. w trzecim dniu choroby, która zaczęła się od obrzęku i silnych bolów w lewym stawie kolanowym i prawym skokowym. Bole całkowicie ustąpiły i obrzęk znikł na 3. dzień pobytu w szpitalu. Gorączkował 5 dni. Wyszedł zdrowy na 11. dzień. Zażywał 3 prc. rozczyn salicylanu sodu po 6—8 łyżeczek kawianych dziennie.

5. Jan Sz., 8 lat. Przyjęty 23. III. 1899 r. w 7. dniu choroby. Obrzmienie i silny ból w obu stawach kolanowych. Nad końcem serca lekki szmer skurczowy. Uderzające polepszenie na drugi dzień pobytu w szpitalu. Gorączkował 2 dni. Wyżył 19,0 salicylanu sodu. Wyszedł zdrowy 4. IV. 1899 r.

6. Aleksander K., 11 lat. Przyjęty 11. IV. 1900 r. w 7. dniu choroby. Ostry ból i obrzmienie prawego stawu kolanowego i lewego skokowego. Znaczne polepszenie na następny dzień. Gorączkował 1 dzień. Wyszedł zdrowy 15. IV. 1900 r. Wyżył 12,0 salicylanu sodu.

We wszystkich tych przypadkach przebieg choroby był ostry; chorzy dostawali się do szpitala w 3—4—7. dniu choroby i po 3—12 dniach pobytu wychodzili zupełnie wyleczeni. Tylko w ostatnich 3 przypadkach zażywali chorzy salicylan sodu; mimo to znaczne polepszenie nastąpiło u wszystkich chorych już na 2. dzień. Oczywista, że gdyby i w pierwszych 3 przypadkach chorzy zażywali salicylan sodu, to polepszenie mogłoby być odniesione do wpływu leku.

Narówni z wyżej opisanymi przypadkami można spostrzegać i takie, gdzie przebieg choroby bywa bardzo przewlekły. Objawy chorobowe to znikają, to znowu powracają; sprawa przenosi się z jednego stawu na drugi i wraca powtórnie, zjawiają się powikłania. Takimi są przypadki następujące:

7. Anisja K., 8 lat, przyjęta 10. V. 1905 r. w 11. dniu choroby. Obrzmienie i bolesność na ucisk w wielu stawach. Zaetwardzenie. Gorączka. Bole w stawach dość szybko znikły, ala obrzmienie utrzymywało się bardzo długo. Do tego przyłączył-się uporczywa biegunka, która trwała 2 miesiące. Chora przez cały ten czas gorączkowała; z początku skarżyła się na nieokreślone bole, potem rozwinęły się objawy ostrego zapalenia wsierdzia. Chora przeleżała w szpitalu 83 dni i przeniesiona została do przytułku ozdrowieńców w Puszkino ze zdrowymi stawami i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Sprawa chorobowa jednakże widocznie toczyła się dalej skrycie. Po miesiącu zaczął puchnąć brzuch, zjawiła się duszność, a po upływie $1^1/_2$ miesiąca chorą znowu przyjęto do szpitala. Ogromne rozszerzenie serca, lewa granica sięga poza linię sutkową na $6^1/_2$ ctm.; ogólny obrzęk ciała; chora gorączkuje. W szpitalu chora z początku trochę się poprawiła i czuła się lepiej, następnie znowu zaczęła gorączkować, pojawiły się obrzęki tkanki podskórnej i wysięk w jamie brzusznej. Po 45 dniach zabrała matka do domu chorą w bardzo ciężkim stanie. Chora długi czas zażywała bizmut i kofeinę; salicylanu sodu nie zażywała.

8. Bazyli N., 12 lat, przyjęty 18. II. 1899 r. Przeleżał w szpitalu 27 dni; sprawa zapalna przenosiła się ciągle ze stawu na staw; chory nie gorączkował. Wyszedł wyleczony, wyżywszy 32,0 salicylanu sodu. W kilka dni po wyjściu nowy nawrót, po upływie tygodnia przyjęto chorego ponownie na oddział. W ciągu 48 dni systematycznie leczył się salicylanem sodu, jodanem sodu i brał ciepłe kąpiele. Wyszedł wyleczony.

9. Mikołaj R., 13 lat. Przyjęty 31. XII. 1898 r. Chory od 2 miesięcy (drugi nawrót gośćca, pierwszy gościec przed 4 laty). W domu zażywał salicylan sodu. Zapalenie obu stawów sprychowonapięstkowych i lewego łokciowego. Nad końcem serca obecnie wyraźny szmer skurczowy. Chory przeleżał w szpitalu 21 dni wśród ciągłego przenoszenia się sprawy zapalnej ze stawu na staw; wyżył 35,0 salicylanu sodu. Przy wyjściu zalecono dalsze zażywanie salic. sodu. W tydzień po wyjściu znowu przyjęto chorego z powodu nawrotu. Tym razem przeleżał 40 dni, poprawił się znakomicie, wyżył 24,0 salicylanu sodu. Pozostała niedomykalność zastawki dwudzielnej. Potem jeszcze w ciągu 2 lat systematycznie leczył się chory w ambulatoryum z powodu bardzo częstych nawrotów.

10. Anna W., 13 lat, przyjęta 1. XII. 1903 r. Chora od 3 miesięcy. Zapalenie lewego stawu sprychowo-napięstkowego i prawego barkowego. Wielkie polepszenie sprawy zapalnej dnia następnego jeszcze przed podaniem salicylanu sodu. Dziecko to przeleżało w szpitalu 10 dni, jeden dzień gorączkowało, wyżyło 1,2 salicylanu sodu. Zostało wypisane (wskutek przepełnienia oddziału) z nieznacznemi śladami sprawy zapalnej w stawach. Ale już po tygodniu musiano chorą znowu przyjąć. Tym razem przeleżała 125 dni, przebyła 4 nawroty z gorączką, obrzmieniem i tak znaczną bolesnością stawów, że nie mogła powstrzymać się od płaczu. Ostatni nawrót ciągnął się 2 miesiące. Przez cały czas pobytu na oddziale była chora bardzo blada i w bardzo złym stanie zabrano ją ze szpitala. W domu po 11 dniach umarła. Sekcyi nie było. W szpitalu wyżyła ta chora 43,74 salicylanu sodu, 33,6 jodanu sodu i długi czas brała ciepłe kąpiele. Powikłań ze strony serca nie zauważono.

Z przytoczonych przypadków tylko w pierwszym nie podawano salicylanu sodu, w 3 ostatnich przypadkach chorzy cały czas zażywali go, nawet w dość wielkiej ilości; mimo to choroba szła swoim torem i nie można było zauważyć żadnego wpływu salicylanu sodu na jej przebieg.

Pod tym względem godne są jeszcze uwagi przypadki następujące:

11. Olga J., 11 lat, przyjęta 29. X. 1901 w 7. dniu choroby. Zapalenie obu stawów kolanowych. W sercu zmian niema. Dziewczynka ta była w szpitalu 8 dni, gorączkowała 3 dni; wyżyła 7,4 salicylanu sodu. Wyszła wyleczona z poleceniem dalszego zażywania salicylanu sodu. Po 11 dniach powrót choroby, a po 14 dniach znowu przyjęto chorą do szpitala. Rozszerzenie serca, wyraźny szmer skurczowy nad koniuszkiem; zapalenie wielu stawów, między innymi stawów międzykręgowych szyjnych i 4 piersiowych. Chora przeleżała w szpitalu 18 dni; przez 2 dni gorączka dochodziła do 37,8. Zapalenie stawów międzykręgowych było bardzo uporczywe i długo nie ustępowało, z innych stawów sprawa zapalna dość szybko znikła. Chora wyszła ze szpitala bez zmian w stawach, z wadą serca. Wyżyła 32,0 salicylanu sodu, a licząc od początku choroby 54,4.

12. Aleksandra W., 10 lat, przyjęta 21. X. 1901 r. w 7. dniu choroby. Zapalenie wielu stawów. Po 9 dniach wyszła wyleczona, wyżywszy 13,2 salicylanu sodu. Nawrót choroby w 3 dni po wyjściu: rozszerzenie serca, szmer skurczowy nad koniuszkiem i oprócz wielu innych zapalenie stawów międzykręgowych szyjnych. Chora przeleżała w szpitalu 22 dni, wyżyła 37,8 salicylanu sodu. W dobę po wyjściu ze szpitala trzeci nawrót choroby. Tym razem przeleżała chora w szpitalu 37 dni. W 2 tygodnie po wyjściu znowu (czwarty) nawrót, leczyła się w ambulatoryum. 15. I. 1902 r. znowu przyjęta na oddział z zapaleniem stawów międzykręgowych szyjnych. Zapalenie było bardzo uporczywe i ustępowało bardzo pomału. Chora przebyła w szpitalu 63 dni, wyżyła 56,0 salicylanu sodu i 36,0 jodanu sodu. Wyszła z pewnem ograniczeniem swobody ruchów karku.

Przypadki, opisane powyżej, dość jasno wskazują, jak rozmaity bywa początek i przebieg ostrego gośćca stawowego, jak w przypadkach widocznie ciężkich objawy szybko nieraz znikają i sprawa kończy się zupełnem wyzdrowieniem, chociaż niewiadomo, na jak długo, a jak z drugiej znów strony w przypadkach niby lekkich nawroty niekiedy szybko następują jeden za drugim i zdarza się, chociaż rzadko, że sprawa kończy się śmiercią. Co się tyczy wpływu salicylanu sodu, to pozostaje ogólne wrażenie, że sprawa zapalna idzie swoim torem bez względu na to, czy podaje się salicylan sodu, czy nie, bez względu także na olbrzymie często dawki tego leku, które chorzy zażywają. Ale ostatecznie przytoczonych przypadków jest za mało do takich wniosków, które mogłyby wydać się bezpodstawne; dlatego postaram się w dalszym ciągu poprzeć te wnioski przedstawieniem wyników spostrzeżeń gromadnych, zebranych w szpitalu św. Olgi.

Przetwory salicylowe zostały wprowadzone do lecznictwa mniej więcej przed laty 30. Lekarz angielski Maclagan pierwszy zaczął stosować salicynę w r. 1874. Wychodził on z dziwnego zaiste założenia, że podobnie, jak w miejscowościach zimniczych rośnie drzewo chinowe, które daje chininę, środek leczący zimnicę, tak znów w miejscowościach, gdzie panuje ostry gościec stawowy, rosną topola i wierzba, a w korze ich znajduje się salicyna, która przeto powinna leczyć gościec stawowy ostry. W krótkim czasie potem Buss i Riess zwrócili uwagę na własności przeciwgorączkowe kwasu salicylowego, który otrzymuje się z salicyny. Korzystając z tych własności kwasu salicylowego zastosował go Stricker w ostrym gośćcu stawowym. Spostrzeżenia swoje robił Stricker w klinice Traubego i ogłosił je w roku 1876. Na podstawie swoich spostrzeżeń mniemał Stricker, że kwas salicylowy jest skutecznym i być może nawet doszczętnie leczącym środkiem przeciwgośćcowym. Spostrzeżenia Strickera wywarły ogromny wpływ na rozpowszechnienie się tego sposobu leczenia. Botkin w swych wykładach opisuje, jak nazajutrz po otrzymaniu w Petersburgu pracy Strickera opowiewiedział swoim słuchaczom o nowym środku, który natychmiast zastosowano w jednym przypadku: »Nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności«, mówi dalej Botkin, »był to przypadek nadzwyczaj efektowny, taki, jakiego potem nie spotkałem już ani razu: kobietę, która literalnie nie mogła ruszyć ani ręką, ani nogą i nie pozwalała dotknąć się chorych stawów, przedstawić mogłem na wykładzie w dobę po podaniu kwasu salicylowego bez gorączki i zupełnie zdrową. Trudno było sobie wyobrazić świetniejszy wynik i od tej pory nie było żadnego przypadku ostrego gośćca stawowego, w którymby nie podawano kwasu salicylowego z początku *per se*, potem w postaci salicylanu sodu«.

Jak obecnie, to sprawa wpływu salicylanu sodu na ostry gościec stawowy zdaje się być przesądzoną dla większości lekarzy. I tak w »Traité de médécine« Charcota, Boucharda, Brissauda w rozdziale o leczeniu ostrego gośćca czytamy: »Co się tyczy leczenia farmaceutycznego, to wszyscy jednomyślnie przyznają niewątpliwą skuteczność leczenia przetworami salicylowymi«. Toż samo mówi Dieulafoy. W takichże słowach wyraża się Marfan w »Traité des maladies de l'enfance«: »il n'y a q'un traitement de rhumatisme articulaire, c'est le traitement par le salicylate de soude«. Toż samo mówią Eichhorst, Strümpell i inni. Tylko u Pribrama i u Cheadlea znalazłem pewne usiłowania do oparcia swego zdania o wpływie salicylanu sodu na fundamencie dowodów. U innych zaś autorów sposób rozumowania był mniej więcej następujący. Buss zbadał własności przeciwgorączkowe kwasu salicylowego, spostrzeżenia Strickera jasno dowodzą swoistości działania tego kwasu w ostrym gośćcu stawowym. Dalsze badania stwierdziły słuszność wniosków Strickera. Przy tem dowodów nie przytacza się żadnych. (Dok. nast.)

---

**Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (Dyrektor: Prof. Dr M. Jakubowski).**

## Przyczynek do prób leczenia płonicy surowicą.

Napisał

**Dr Adam Gettlich.**

(Dokończenie.)

**17.** C. Ł. lat 3½. Przyj. 20. V. w III. dniu. Wys. żywa, skóra »płonąca«. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione, na migdałkach nieco wysięku zapalnego (migdałki przerosłe). C. 39·4, duże osłabienie. T. 136, P. II. > III. — Inj. 50 ctm.³ (21. V.). Na drugi dzień wysypka przybladła. C. 37·9. W przeciągu następnych 6 dni stan ogólny znacznie się poprawia, gardło oczyszcza się, skóra łuszczy się ogromnie. C. 36·5. Dziecko wesołe, bawi się. Siódmego dnia C. podnosi się do 38, w następnych do 40. Wielki obrzęk gruczołów podszczękowych; ponowne zapalne zajęcie gardła, zapalenie nosa, następnie ropienie obu uszu. Z wystąpieniem ropotoku spadek ciepłoty i ogólna poprawa. Wych. 25. VI. — Uw. Od 6. VI. kąpiele jako środek przeciwgorączkowy.

**18.** A. O. lat 6. Przyj. 29. V. w IV. dniu. Wys. żywa, drobnoguzkowa, najwięcej zajmuje kończyny dolne. Na migdałkach nieco wysięku włóknikowego, na podniebieniu twardem płytkie owrzodzenia z takimż wysiękiem, gruczoły podszczękowe miernie obrzękłe. C. 38·8, znaczne osłabienie. T. 132. P. II. — 29. V. Inj. 50 ctm.³. Następnych dni mała zmiana, w trzecim dniu ropienie ucha prawego. Bolesność stawów nadgarstkowych obu rąk. Wych. 19. VII.

**19.** A. K. lat 4. Przyj. 8. VI. w II. dniu. Wys. niezbyt żywa, na twarzy wypieki. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach i łukach obfity wysięk włóknikowy. C. 39·6. T. b. drobne, 136. P. II. > III. — 9. VI. Inj. 40 ctm.³. Na drugi dzień przedmiotowo małe zmiany, spadek ciepłoty również tylko o kilka dziesiętnych; podmiotowo stan zupełnie dobry. W dalszym przebiegu prócz nieżytu oskrzeli i świeżego nalotu dyfterytycznego w gardle — nic szczególnego. Wych. 9. VII.

**20.** P. W. lat 9. Przyj. 15. VI. w III. dniu. Skóra szkarłatna, »płonąca«, z żółtaczkowym odcieniem. G. na podniebieniu miękkiem naloty dyfterytyczne obok zajęcia zapalnego całego gardła; język zupełnie suchy, obłożony. C. 40·2, bezsenność, chory nieprzytomny, zrywa się z łóżka. T. około 160, nitkowate. P. III. — Inj. 40+40 ctm.³ (15 i 16. VI.). Na trzeci dzień znaczna poprawa ogólna, wysypka zbladła, gardło również. W III. tygodniu obrzęk gruczołów podszczękowych z podniesieniem się

C. do 38·8, białkomocz. Z końcem III. tygodnia wysypka plamista, o miernem nasileniu, z podniesieniem się ciepłoty; łuszczenie ogromne. Wych. 21. VII.

**21.** U. S. lat 6. Przyj. 9. VI. w II. dniu. Wys. miernie rozwinięta. G. silnie zaczerwienione, gruczoły nieco obrzękłe. C. 38·9, mierne osłabienie. T. 120. P. I. > II. — G. VI. Inj. 45 ctm.³. Następnych dni zblednięcie wys. i g. C. 37. T. 96. Stan ogólnie dobry utrzymuje się bez zmiany do dnia wyjścia, t. j. do 1. VII.

**22.** J. G. lat 1½. Przyj. 22. VI. w IV. dniu. Wys. w formie guzków, nierównomiernie rozrzuconych. Obfity wysięk włóknikowy na migdałkach. C. 40, nieprzytomność, wymioty; znaczna biegunka, stolce zielone, stan wogóle ciężki. T. około 160. P. III. > IV. — Inj. 40 + 35 ctm.³ (22. i 23. VI.). Prócz wysypki, która znacznie zbladła, wszystkie inne zmiany rozwijają się dalej gwałtownie, a przedewszystkiem błonica gardła. Wybitne objawy zatrucia. — W dobę po drugiem wstrzyknięciu śmierć 24. VI.

**23.** F. K. lat 1½. Przyj. 22. VI. w II. dniu. Wys. guzkowa żywa, zajmuje całą skórę. Na migdałkach, silnie zaczerwienionych i rozpulchnionych wysięk włóknikowy. C. 40·1, oszołomienie, śpiączka. Tętno niepoliczalne. P. III. — 22. VI. Inj. 40 ctm.³. Po 14 godzinach spadek ciepłoty do 36. Wys. znacznie ustąpiła. W gardle zmiany małe, dziecko swobodne, siedzi na łóżku. Stan ten bezgorączkowy, ogólnie dobry, utrzymuje się bez zmiany do dnia wyjścia, t. j. do 26. VII.

**24.** A. P. lat 7. Przyj. 22. VI. w IV. dniu. Skóra barwy sinawej; właściwa wys. już ustępuje. G. miernie zaczerwienione; na migdałku duże owrzodzenie, wypełnione miazgą żółtawobiałą; na drugim takież, mniejsze; gruczoły podszczękowe obrzękłe. C. 39·2. T. 132. P. II. > III. — 23. VI. Inj. 30 ctm.³. Poprawy w dniach następnych, prócz małego spadku ciepłoty (38⁰), nie widać. Obrzęk gruczołów szyjnych wzmaga się; następuje zropienie ich (nacięcie). Łuszczenie ogromne. W X. dniu zapalenie stawów ze znacznem podniesieniem się ciepłoty (39·9). Bole i obrzęk stawów utrzymują się przez 5 dni przy C. 38·5—39, zajmując kolejno ręce i łokcie (podano w dużych dawkach salicyl). Białkomocz. VI. dnia spadek ciepłoty do 36⁰, bole i zmiany w stawach ustępują. Ogólne polepszenie utrzymuje się dalej bez przerwy. Wych. 25. VIII.

**25.** E. M. lat 2. Przyj. 29. VI. w II. dniu. Wys. żywa, na całej skórze. G. w całości silnie zaczerwienione, na migdałkach owrzodzenia wypełnione żółtawą miazgą. C. 39, znaczne osłabienie, śpiączka. T. liche. P. II. < III. — Inj 35 + 30 ctm.³ (29 i 30. VI.). Trzeciego dnia (po drugiem wstrzyknięciu) spadek ciepłoty i znaczna poprawa stanu ogólnego. Zmiany w gardle utrzymywały się dłużej. Wych. 26. VII. — Uw. XVII. dnia po wstrzyknięciu wysypka plamista na grzbiecie i kończynach, która po 3 dniach znikła.

**26.** J. L. lat 8. Przyj. 30. VI. w II. dniu. Wys bardzo nikła, zaledwie na tułowiu widoczna, blada. G. głównie w jednej połowie zapalnie zajęte, po tejże stronie na migdałku owrzodzenie, wypełnione miazgą żółtawą. C. 39·2, znaczne osłabienie, nieprzytomność. T. 128. P. II. — 30. VI. Inj. 40 ctm.³. Na drugi dzień nieznaczna, na trzeci ogromna poprawa i spadek C. (37·3), skóra i gardło zbladły, podmiotowo stan b. dobry.. Dalszy przebieg bez pogorszenia. Wych. 6. VIII.

**27.** S. W. lat 3. Przyj. 8. VII. w III. dniu. Wys. żywa, zlewająca się, skóra »płonąca« z odcieniem sinym. G. silnie zapalnie zajęte, na migdałkach wysięk włóknikowy, szarawo-żółtawy, gruczoły podszcz. nieco obrzękłe. C. 39·2, senność, wielkie osłabienie, przytomność zachowana. T. 132. P. II. < III. — Inj. 50 + 50 ctm.³ (8. i 9. VII). — 9. VII. Wysypka zbladła, g. nieco lepiej, stan ogólny ten sam. C. 39·3. — 10. VII. C. 38, w g. znaczna poprawa. W miejscu wstrzyknięcia bolesność. — 12. VII. C. 36·3. Znakomita poprawa w każdym kierunku, dziecko swobodne, wesołe. Ropień w miejscu wstrzyknięcia nacięto. Wych. 10. VIII.

**28.** P. W. lat 9½. Przyj. 14. VII. w III. dniu. Wys. b. żywa, guzkowa, policzki »płonące«, w przegubach wybroczyny (*f. petechial.*). G. na migdałkach wysięk włóknikowy szarawożółty obok silnego zapalnego rozpulchnienia gruczoły podszcz. miernie zajęte. C. 39·3. Silny ból głowy, znaczne osłabienie. T. 128. P. III. — Inj. 50 + 50 ctm.³ (14. i 15. VII.). — 15. VII. C. 37·4. Wys. b. znacznie zbladła, ogólny stan bez zmiany. — 16. VII. C. 37. skóra i gardło zbladły zupełnie; chora swobodna, siedzi, na nic się nie skarży. — 31. VII. Wys. plamista na kończynach i pośladkach. I. VIII. Ból w stawie biodrowym i kolanowym. Ponowna wys. plamista na kończynach. C. 38⁰. Ogólne osłabienie. Owo zajęcie stawów, bez obrzęków, utrzymuje się przeszło tydzień z mierną gorączką; białkomocz. Wych. 2. IX.

**29.** B. B. lat 11. Przyj. 15. VIII. w V. dniu. Wys. żywa, wybitnie sina, g: zmiany martwicze, zajmujące całe podniebienie miękkie; z nosa wypływ cieczy brudno-żółtej ze strzępami obumarłej tkanki; gruczoły podszcz. zapalnie zajęte, miękkie. C. 40, nieprzytomność, śpiączka, wymioty, zrywania się. T. b. miękkie, około 160. P. IV. — 16. VIII. Inj. 100 ctm.³. W 20 godzin po wstrzyknięciu śmierć wśród objawów zatrucia i niedomogi serca.

**30.** J. C. lat 10. Przyj. 22. VIII. w IV. dniu. Wys. drobnoguzkowa, sinawa, równomiernie zajmuje skórę, prócz twarzy. G. miernie zaczerwienione, na migdałkach i łukach szarawy wysięk; język suchy, środkiem obłożony; gruczoły nie zajęte. C. 40, nieprzytomność. bredzenie, częstewymioty. T. b. liche, 148. P. III. < IV. Inj. 100 + 50 ctm.³. (22. i 24. VIII). — 24. VIII. Podmiotowo stan nieco lepszy. C. 38·8. Wys. bez zmiany. G. oczyszcza się. W nocy chory źle spał; wymioty. — 25. VIII. Wys. znacznie zbladła, g. mniej żywo czerwone. C. 38·2. T. 116, pełniejsze; chory stale niespokojny. — Następnych dni C. utrzymuje się około 30⁰; skóra zbladła zupełnie; nieco łuszczenia. G. (przy energicznem leczeniu miejscowem) wraca do stanu prawidłowego. Ropotok z ucha prawego. Śpiączka i wielkie osłabienie. — I. IX. Gorączka o torze ropniczym (dreszcze); znaczna przeczulica; bole w stawach. Zapalenie płuc i opłucnej prawej, oraz opłucnej lewej. Mocz krwawy, a w nim dużo białka, wałeczków i nabłonków nerkowych. W ostatnich 3 dniach spadek ciepłoty (do 37). Wymioty krwawe. — Śmierć 8. IX. Sekcya: Zakrzep w zatoce sierpowatej, rozmiękły ropiasto; w płucach liczne ropnie, dochodzące wielkości orzechów laskowych; obustronne zapalenie opłucnej ropne. Nadżerki krwawe żołądka, krwotoczne zapalenie nerek. — Uw. IX. dnia była pokrzywka posurowicza miernie rozwinięta.

**32.** A. Z. lat 8. Przyj. 23. VIII. w IV. dniu. Wys. żywa; wybitna żółtaczka. Na migdałkach wysięk włóknikowy białawy. Grudki języka niezwykle obrzękłe. Osłabienie wielkie. Staw biodrowy prawy przy ruchach b. bolesny. Ogólna przeczulica skóry i mięśni. C. 39·6. T. 156, miękkie. (W domu wymioty). P. III. — 23. VIII. g. 12 r. Inj. 100 cm³ S. B. — 24. VIII. C. 38·4. Ogólny stan lepszy. — 25. VIII. C. 37, wys. zbladła; w gardle stan ten sam. Osłabienie i apatya b. znaczne. Miejsce wstrzyknięcia bolesne. — 26. VIII. C. 37·1, wys. znikła. Tkliwość brzucha mniejsza. G. oczyszcza się. Chory spokojniejszy spał lepiej. — 28. VIII. C. 39. G. znacznie oczyszczone. Ból w kończynach; chłopak stęka, w nocy nie śpi. Naskórek zaczyna pękać na szyi i górnej klatce piersiowej. — 29. VIII. C. 38. Chory czuje się dobrze, spał w nocy. G. czyste, blade. W miejscu wstrzyknięcia niema żadnej zmiany. — 4. IX. Pokrzywka, dosyć żywa. C. 36·7. — 10. IX. Gr. szyjne powiększone, bolesne. C. w. 38.4, r. 37·4. — 14. IX. W moczu wyrazny ślad białka; bolesność okolicy lędźwiowej C. 37·6. — 15. IX. Na twarzy i mosznach wyraźne obrzęki. C. w. 38, r. 36·8. — W następnych dniach mocz krwawy i dużo białka, co utrzymuje się do 30. IX. — 6. X. chory wyleczony opuszcza szpital.

**33.** J. G. lat 4. Przyj. 15. VII. w V. dniu. Wys. dość żywa, kończyny i twarz najmniej zajęte. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione, na migdałkach wysięk włóknikowy, gruczoły podszcz. silnie zajęte. C. 39·4, apatya, śpiączka, osłabienie. T. 140. P. II < III. — 15. VII. Inj. 100 cm³. — 16. VII. C. 38.2, wys. zbladła. G. Stan jednakowy. Bolesność brzucha w miejscu wstrzyknięcia. T. 116. — 17. VII. C. 39, T. 120. 18. VII. C. 37, bolesność brzucha ustąpiła. — 20. VII. C. 38. Skóra zupełnie blada. G. prawidłowe. Dziecko swobodne. — 27. VII. C. 40. Obrzęk gruczołów karkowych, ropienie ucha prawego. T. 132. — 1. VIII. Chory od 3 dni postękuje; od wczoraj wys. plamista, b. żywa, na całem ciele. C. 39. — 3. VIII. C. 36. Wys. zbladła, gr. szyjne powiększone, twarde, bolesne. — 5. VIII. Wys. ustąpiła. C. r. 36·5, w. 38·4. — 9. VIII. C. 39·8. Kaszel krupowy, oddech nasilony. Inj. surow. przeciwbł. 2000 J. O. Duże łuszczenie. — 10. VIII. Intubacya, C. 39·8. Popoł. duszność pomimo tubusa, sinica, śmierć.

**34.** J. M. lat 7½. Przyj. 8. VIII. w IV. dniu. Skóra w całości sina; wys. nikła, najwyraźniejsza na kończynach i pośladkach. Podniebienie miękkie całe rozpulchnione; na migdałkach, łukach i ścianie tylnej brudne, szarawo-żółte naloty i liczne strzępy rozpadowe, gr. podszcz. zajęte. C. 39·4, dziecko niespokojne, zrywa się. T. przerywane, b. liche. P. IV. — 8. VIII. o g. 5 pop. inj. 90 cm³; w kilkanaście godzin śmierć.

**35.** F. S. lat $3^1/_2$. Przyj. 24. III. 1904 w III. dniu. Wys. mierna na szyi i tułowiu. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach wysięk włóknikowy. C. 39·4. T. liche. P. II < III. — 25. III. C. w. 39·7, wys. żywsza, zajmuje całą skórę. G. Wysięk szarawy włóknikowy obfitszy, pod nim owrzodzenie. Dziecko więcej osłabione, bredzi, zrywa się. Gr. podszcz. obrzękłe. — 26. III. Inj. 50 cm³, wszystkie objawy mimoto postępują. — 27. III. C. 38·7. — 28. III. Wys. znacznie zbladła. G. taksamo, jak przedtem, stan ogólny nieco lepszy; zapalenie nosa z obfitą wydzieliną przeważnie śluzową. — 30. III. C. r. 38. Wys. ustąpiła z twarzy i tułowia, na kończynach trwa jeszcze. W gardle świeże naloty na tylnej części podniebienia twardego. — 1. IV. C. 37·6. Wys. ustąpiła na kończynach, łuszczenie. G. naloty utrzymują się. W miejscu wstrzyknięcia naciek zapalny. — 5. IV. Nacięto ropień w miejscu wstrzyknięcia. W gardle naloty ustępują. — 15. IV. Od 2 dni mocz krwawy, na brzuchu w miejscu wstrzyknięcia rozległy naciek zapalny. C. powyżej 39. — Śmierć 16. IV.

**36.** S. S. lat $5^1/_2$. Przyj. 25. III. w III. dniu. Dwoje rodzeństwa zapadło równocześnie na płonicę; oboje zmarło. Dziecko limfatyczne; gr. szyjne i pachowe macalne; podściółka tłuszczowa obfita; kolana koślawe. Wys. na twarzy i szyi, drobna, ledwo widoczna; na reszcie skóry znamienne napięcie (*turgor*). G. silnie zaczerwienione. C. 39·8. T. 128. P. II < III. — 25. III. w. w szpitalu wymioty. — 26. III. Wys. nieco żywsza. G. wysięk szarawożółtawy. C. 39.8. Dziecko nieprzytomne, niespokojne, zrywa się. Inj. 80 cm³. — 27. III. C. 37·6. Wysypka zbladła. G. stan ten sam. Dziecko swobodne, siedzi na łóżku. T. 96. — 29. III. C. 37.1. Wys. na twarzy i tułowiu znikła zupełnie, widoczna zaś na kończynach dolnych, szczególnie na goleniach i stopach. Dziecko swobodne, wesołe. — 30. III. C. r. 37·2, w. 38·2. Wys. na kończynach bledsza. G. jeszcze żywo zaczerwienione, zresztą stan ten sam. — 1. IV. C. 37·2. Wys. znikła zupełnie. G. również zbladło. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. 14. IV. C. 40, na tułowiu wys. plamista, d. żywa. Bole w stawach ręki lewej. — 15. IV. C. 37. Wys. bledsza, ból w stawie skokowym prawym. G. wróciło do stanu prawidłowego. — 16. IV. C. 36·8. Bole i wys. ustępują. — 17. IV. Wys. plamista b. żywa na całem ciele, ból głowy. — 20. IV. Mocz mętny, ślad białka. — 23. IV. Mocz mętny, nieco krwawy; białka sporo. — 24. IV. Obrzęki mniejsze, mocz jaśniejszy. — 7. V. Mocz prawidłowy. — Wych. 15. V.

**37.** F. F. lat 9. Przyj. 31. III. w III. dniu. Pięcioro rodzeństwa zapadło równocześnie na płonicę, z nich czworo zmarło (troje w szpitalu). Wys. sinawa, jeszcze żywa, najbledsza na twarzy. Podniebienie miękkie pokryte miazgą rozpadową, szarawożółtą; na migdałkach i łukach ubytki; również na tylnej ścianie szare naloty; gruczoły podszczękowe obrzękłe. C. 39·6, b. znaczne osłabienie, apatya, nieco odurzenia; stolec od 4 dni zaparty. P. III > IV. 31. III. 7 godz. wiecz. Inj. 100 cm³. — 1. IV. C. 38. Wys. zbladła, g. również przybladło; ogólny stan taki sam. — 2. IV. C. 38·8; zmiany dyfterytyczne w gardle postępują; świeże naloty na podniebieniu twardem (Inj. surow. przeciwbłon. 2000 I. O.). — Śmierć 3. IV.

**38.** W. F. l. 12. Siostra poprzedniej. Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. żywa sinawa, z licznemi wybroczynami; na twarzy najbledsza. G. silnie zaczerwienione, migdałki i łuki pokryte miazgą szarawożółtą; również i tylna ściana gardła. Język »malinowaty«. Gr. podszcz. lekko obrzękłe. C. 39·9. Osłabienie b. znaczne, apatya, odurzenie. Tętno drobne, szybkie. P. III. — 31. III. Inj. 100 cm³. — 1. IV. C. 37·8. Wys. na szyi i tułowiu przybladła. G. stan lepszy; zresztą stan ten sam. — 2. IV. C. 37. Wys. blednie. G. sprawa zapalna utrzymuje się, rozpad postępuje. Ogólne osłabienie b. znaczne. — 5. IV. C. 37.2. Wys. zbladła zupełnie. G. oczyszcza się, ogólny stan względnie dobry. — 6. IV. C. 37·2. Chora zupełnie swobodna, siedzi na łóżku. G. stan lepszy. — 10. IV. C. 36·4. G. prawidłowe. Łuszczenie na twarzy i tułowiu. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. — 17. IV. Jednorazowe wieczorne podniesienie się ciepłoty do 40·2 obok wys. plamistej, trwającej przez jedną dobę. C. na drugi dzień rano spadła poniżej 37. W dalszym przebiegu ropień migdałka ze znaczną gorączką (39). — Wych. 28. IV.

**39.** S. F. lat 4 (siostra poprzednich). Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. zlewająca się w duże plamy, sinawa; policzki »płonące«. G.: zmiany rozpadowe na migdałkach i łukach; gr. podszcz. wolne. C. 39. Osłabienie b. znaczne, odurzenie. P. III > IV. — 31. III. Inj. 20 cm³. (przez omyłkę) 60 cm³ surowicy przeciwropniczej. — 1. IV. C. 38·3, ogólne pogorszenie; dziecko bredzi, zrywa się. Akcya serca słabnie; kończyny chłodne. — Śmierć 2. IV.

**40.** S. F. lat 2 (brat poprzednich). Przyj. 31. III. w III. dniu. Wys. b. żywa, zlewająca się, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach i łukach naloty szarożółtawe; gr. podszczękowe obrzękłe. C. 39·6, osłabienie, apatya, odurzenie. P. III. — 31. III. Inj. 100 cm³. — 1. IV. Wys. i stan ogólny bez zmiany. — 2. IV. C. 39·4, ogólne pogorszenie. Wys. utrzymuje się; język suchy. — 5. IV. C. 38·2. Wys. znacznie zbladła; na twarzy i szyi łuszczenie; w gardle jeszcze rozległe błony dyfteryt. Dziecko b. osłabione, senne, ale przytomne. W miejscu wstrzyknięcia niema odczynu. — 6. IV. Ogólny stan lepszy. C. 38. Wys. ustąpiła zupełnie. G. znacznie oczyszczone. — 8. IV. C. 37·6. Chory swobodniejszy, w nocy spał dobrze. — 10. IV. C. 39. Obrzęk lewych gruczołów szyjnych. G. powróciło do stanu prawidłowego. Duże łuszczenie. Chory stęka, skarży się na różne bole. — 14. IV. C. 37. Ropienie lewego ucha. — 17. IV. Obustronny obrzęk gr. szyjnych, szybko postępujący. C. w. 40, r. 39·2. Senność. — 18. IV. C. w. 40, r. 37·6. Ropotok uszny obustronny, zapalenie lewego płuca. Utrata sił coraz większa. — 16. IV. Wys. plamista, zlewająca się, na twarzy i kończynach. — 23. IV. Nacięto ropnie na szyi. Objawy zatrucia wzmagają się. — Śmierć 25. IV.

**41.** W. N. lat 6. Przyj. 2 IV. w II. dniu (troje rodzeństwa zapadło na płonicę prawie równocześnie; z tych 2 zmarło, jedno z nich po 30 godzinach choroby). Na całej skórze znamienne napięcie (*turgor*), a wys. zaledwo gdzieniegdzie widoczna. G. całe żywo zaczerwienione, na migdałkach wysięk włóknikowy, gr. podszcz. miernie obrzękłe. C. 39·6, wielkie osłabienie, odurzenie, senność. T. 144. P. II < III. — 2. IV. Inj. 100 cm³. — 3. IV. C. 38·2, wys. nie rozwija się. G. stan taki sam, gr. nieco więcej obrzękłe. T. 100. — 5. IV. C. 37·4, skóra zbladła, g. oczyszcza się. Osłabienie i senność utrzymują się. T. 92. — 6. IV. C. 37·4, w miejscu wstrzyknięcia naciek zapalny; w dalszym przebiegu w tem miejscu ropień (nacięcie). — Wych. 5. IV.

**42.** T. J. lat $2^1/_2$. Przyj. 8. VIII. w IV. dniu. Wys. żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach i łukach wysięk włóknikowy. C. 39·6, wielkie osłabienie, odurzenie. T. 148. P. II — III. — 8. VIII. Inj. 60 cm³. — 9. VIII. C. 39·5. Wys. cokolwiek przybladła. G. sprawa zapalna i rozpad postępuje. Zapalenie nosa z owrzodzeniami i wydzieliną szarawą. Dziecko jęczy, nieprzytomne. Ogólne pogorszenie. — 11. VIII. Zapalenie gr. szyjnych. — Śmierć 13. VIII.

**43.** J. N. lat 4. Przyj. 7. VII. w II. dniu. Stan dziecka w dniu przyjęcia niezbyt ciężki, pogarsza się szybko, gorączka z 38·2 podnosi się na 39 i utrzymuje się stale wysoko, ciągle wahając się ku 40. Wys. z początku mało żywa, później ciemnoszkarłatna, wkrótce wybitnie sinieje. W gardle sprawa rozpadowa. Osłabienie, apatya i śpiączka wzmagają się. — 13. VII. Godz. 5 popoł. C. 39·4. T. 140. P. III. Inj. 75³ cm. — 14. VII. 8 r. C. 39·8. T. 140. Stan ten sam, godz. $4^1/_2$ popoł. C. 40·6. T. 160. Inj. 60 cm³. — 15. VII. C. rano 39·2, popoł. 38·8. T. 116; w stanie ogólnym znaczna poprawa; skóra z sinej stała się żywej barwy. — 16. VII. C. r. 38·7, w. 38·2. T. 104, znacznie pełniejsze i równe. W zachowaniu się dziecka ogromna zmiana na lepsze, rozgląda się, rozmawia. G. nieznacznie się oczyszcza. Łuszczenie rozległe. — 18. VII. C. r. 37·8. T. 96. C. wiecz. 37; dziecko bawi się, probuje siadać. W g. poprawa. — 20. VII. C. popoł. 39·4. T. 136. — W dniach następnych obrzęk gr. podszcz. i szyjnych. Dalej wysypka guzkowa kończyn i twarzy. Później bole stawów; ropienie uszu; zapalenie nerek. Zropiałe gr. przecięto. — Wśród objawów ropnicy zgon 1. VIII.

**44.** M. S. lat. 6. Przyj. 19. IX. w II. dniu. Wys. guzkowa, miernie żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, gr. wolne. C. 38·9, lekkie odurzenie. T. 124. P. I < II. — 19. IX. Inj.. 80 cm³. — 21. IX. C. 38. Wys. zbladła. G. również bledsze; ogólny stan względnie dobry. T. 100. — 24. IX. C. 37. Dziecko swobodne, bawi się. Zmiany ustąpiły zupełnie. W miejscu wstrzyknięcia ropień, który 3. X. nacięto. — 8. X. Wys. plamista na twarzy, szyi i górnej części tułowia. — 10. X. Mocz mętny, nieco krwawy; sporo białka. — 16. X. Białkomocz ustąpił, mocz jasny. — Wych. 22. X.

**45.** A. G. lat $5^1/_2$. Przyj. 24. IX. w II. dniu. Wys. guzkowa, d. żywa, zajmuje całą skórę. G. silnie zaczerwienione, na migdałkach nieco płynnego wysięku. C. 39, ogólne osłabienie, apatya. T. 128. P. II. — 24. IX. Inj. 60 cm³. — 26. IX. C. 37. Wys. zbladła, tylko jeszcze na tułowiu widoczna. G. żywo czerwone. Język malinowaty. Dziecko swobodne. — Dalej stan bezgorączkowy aż do 8. X. — 8. X. w. C. 37·4. Wys. plamista na tułowiu, twarzy i kończynach. — 10. X. Wys. zupełnie ustąpiła. — Wych. 19. X.

**46.** A. F. lat 2. Przyj. 29. IX. w II. dniu. Wys. żywoczerwona, zajmuje całą skórę. G. silnie zapalnie rozpulchnione, na migdałkach nieco wysięku szarawego. C. 38·9. T. 120. P. II. — 29. IX. Inj. 60 cm³. — 30. IX. C. 37·8. Wys. zbladła. G. również. Ogólny stan względnie dobry. T. 96. — 1. X. C. 36·3. G. i skóra wróciły do stanu prawidłowego. T. 80. Dziecko wesołe, bawi się. Odtąd stan niezmiennie bezgorączkowy; później obfite łuszczenie. — Wych. 20. X.

**47.** W. K. lat 6. Przyj. 1. IX. w IV. dniu. Wys. żywa, sinawa, zlewająca się, kończyny »płonące«, spojówki obu oczu silnie przekrwione z licznemi wybroczynami. G. silnie zaczerwienione i rozpulchnione; na migdałkach ubytki, wypełnione wysiękiem włóknikowym, żółtawym. Mierny obrzęk gruczołów podszczękowych. Język »malinowaty«, zapalenie dziąseł, cuchnienie z ust. Zapalenie nosa z owrzodzeniami i wydzieliną ropiastą. C. 39·6, biegunka, stolce zielonawe, senność, bredzenie, zrywanie się. T. około 136, d. dobrze napięte. P. III. — 1. IX. Inj. 75 cm³. — 2. IX. C. 38·6. G. znacznie czyściejsze. Wys. przybladła. Dziecko swobodniejsze, siedzi na łóżku, bawi się. — 3. IX. C. 38·8, stan bez zmiany. — 6. IX. C. 38·2. Obrzęk deskowaty okolicy szczękowej prawej i gr. podszcz. po tejże stronie. Wys. zbladła. Ogólny stan lepszy. — 7. IX. C. 37·8. Dziecko znacznie swobodniejsze, wesołe. — 9. IX. C. 38·2. G. i jama ustna zupełnie oczyszczone. Ogólny stan stosunkowo b. dobry. — 12. IX. Nacięto ropień podszczękowy. — W dalszym przebiegu ropień w powłokach brzusznych, który (20. IX.) nacięto. — Wych. 2. X.

## Oceny i sprawozdania.

**Nauka o położnictwie dla użytku uczniów i lekarzy, napisana przez Dr H. Jordana i Dra Stanisława Dobrowolskiego.** Zeszyt drugi. Kraków, druk Anczyca, wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie. 1908.

Z uczuciem smutku wziąłem do ręki drugą część »Nauki o położnictwie«, dzieła, co tylko wydanego staraniem Towarzystwa, zajmującego się wydawnictwem dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Jak bowiem w przedmowie czytam, nie sądzonem było za wcześnie dla nauki i społeczeństwa zmarłemu prof. Jordanowi być współpracownikiem tej drugiej części, którą też z wyjątkiem pierwszych kilku arkuszy, docent i zastępca profesora szkoły położnych w Krakowie, Dr Stanisław Dobrowolski, już tylko sam opracował. Szanowny autor kończy przedmowę zdaniem, że starał się w dziele przedstawić wszystko tak, jak w prof. Jordana »wielce praktycznej i rozważnej szkole« się nauczył. Takie zdanie jest hołdem dla pamięci nauczyciela, świadczy atoli i o szlachetnem uczuciu wdzięczności utalentowanego ucznia.

Dobrze wywiązał się autor ze swego niełatwego zadania. Dzieło jego daje jasny i dokładny obraz obecnego stanu nauki o położnictwie, a że zalety, które cechowały część pierwszą podręcznika, występują i w części drugiej w równej mierze, przeto nie możemy i o tej części wyrazić się inaczej, jak tylko pochlebnie.

Z każdego rozdziału dzieła przebija wielka znajomość przedmiotu, bystre uchwycenie całości, przedstawionej w sposób zrozumiały i pewny. Język jest poprawny i jędrny, sposób pisania przystępny i nie zawiły.

W kolejno po sobie następujących rozdziałach omawia autor dalszy ciąg patologii i terapii ciąży, mówi więc o zboczeniach z powodu nieprawidłowego stanu sromu, pochwy, macicy i miednicy kostnej, opisuje nieprawidłowości płodu, części dodatkowych jaja, poczem kreśli stan nauki o zboczeniach z powodu nieprawidłowego usadowienia się jaja płodowego, dodając do znakomicie opracowanego rozdziału tego także ustęp o krwotokach i śmierci matki podczas ciąży i porodu. Następnie przedstawia autor wyczerpująco patologię i terapię połogu, mówi o chorobach zakaźnych i niezakaźnych połogu, przeznaczając słusznie dla chorób zakaźnych opis obszerniejszy, z którego przebija znajomość dokładna i anatomii patologicznej i najnowszych zdobyczy na polu bakteryochemicznem. Część trzecia dzieła poświęcona jest opisowi zabiegów położniczych. Przy końcu podręcznika dodał autor, idąc za przykładem Winckla, opis najczęstszych chorób noworodków.

Podział i układ przedmiotu, tak w pierwszej, jak i w drugiej części dzieła, zasługują na uznanie, choć należałoby może opisu nieprawidłowych położeń płodu nie wciągać do rubryki fizyologii porodu, dokąd, biorąc ściśle, jedynie mechanizm porodu i opis położenia czaszkowego, jako położenia najczęściej zachodzącego, należy. Co prawda i w innych podręcznikach taki sam, jak u autora, znajdujemy podział.

Czytając dzieło autora, ma się uczucie, że lepiej i treściwiej przedmiotu całego przedstawićby nie można, a jeżeli zważymy, że książka ta przeznaczona jest w pierwszym rzędzie dla użytku studentów, to zalety takie nie małe mają znaczenie, bo pozwalają młodemu adeptowi nauki oryentować się z podręcznika w sprawach nieraz zawiłych w sposób łatwy, dobry i przystępny. A umie przytem autor kłaść także nacisk na potrzebę i korzyści indywidualizowania. Zdanie takie, jak np. na str. 379: »Zadaniem lekarza jest umiejętność wyboru stosownej chwili do ukończenia porodu i właściwego sposobu w danym przypadku«, lub na str. 543: »Przystępując do prowadzenia porodu u kobiety z miednicą ścieśnioną, musimy zawsze mieć na myśli tem baczniej zasadę: *primum non nocere*, bo tu łatwiej zaszkodzić można, niż przy porodach prawidłowych«, zasługują na specyalne uznanie i podreślenie. Również wypowiedziane na str. 708 zdanie, że cięcie przyłonowe »powinno się dokonywać, podobnie jak rozcięcie spojenia lub cięcia cesarskiego, tylko w zakładach odpowiednio urządzonych« znajdzie wśród lekarzy ogólne potwierdzenie. Peham z kliniki Chrobaka w dziele o miednicy ścieśnionej (Wien u. Leipzig 1908) takie samo wypowiada zdanie. Widocznie pragnie autor podręcznika widzieć w naszych przyszłych lekarzach ludzi zawsze trzeźwo i logicznie myślących, ale działających o tyle tylko, o ile to w danym razie możliwe!

Przechodząc do szczegółów, pozwolimy sobie choćby na kilka tylko punktów zwrócić uwagę. Na str. 531 autor, mówiąc o badaniu miednicy przy pomocy promieni Roentgena, nadmienia, że obecnie bywa ono stosowane tylko w wyjątkowych przypadkach. Może należałoby tutaj dodać, że, jeżeli promieni tych w celach rozpoznawczych użyjemy, należy ich używać jedynie w drugiej połowie ciąży, gdyż rentgenowanie ciężarnej w pierwszej połowie ciąży może niekorzystnie oddziałać na rozwój płodu i na narząd rodny ciężarnej. Czy na zdanie autora na str. 545: »Cięcie przyłonowe daje to samo rozszerzenie miednicy, co cięcie łonowe, a ponieważ jest zabiegiem bezwarunkowo dla matki łagodniejszym, dlatego wyszło z użycia rozcięcie spojenia«, zgodziłby się Zweifel i jego szkoła, pozwalam sobie wątpić. Na str. 549 zaliczyłbym do przyczyn przypuszczalnych wodogłowia oprócz kiły rodziców także i gruźlicę. Na str. 676 czytamy: »Ropienie jest objawem pod pewnym względem korzystnym, bo świadczy o znacznej odporności ustroju«. W zdaniu tem skreśliłbym słowa »pod pewnym względem«, a w zamian dodałbym do zdania tego ustęp: »który usiłuje, o ile tylko zdoła, w ten korzystny i celowy sposób jad, wywołujący zapalenie, odgraniczyć i zniweczyć«. Za mało, sądzę, zwracamy w medycynie uwagi na doniosłe znaczenie biologicznego prawa, jakie Roux najpierw wypowiedział, o znajdujących się w ustroju nader wrażliwych i celowo działających pierwiastkach odczynowych. Mając względy biologiczne, a nie tylko, jak obecnie, morfologiczne na uwadze, będziemy kiedyś to, co teraz chorobą nazywamy, uważać jedynie za wynik samoobrony ustroju. Tak, aby choć jeden tylko przytoczyć przykład, białaczka i jej pokrewne stany nie są w tem znaczeniu chorobą, lecz odczynem ustroju na nieznane nam dotąd jady, krążące w sokach danego osobnika. Zależnie od jakości i nasilenia jadów oddziaływa w tym przypadku ustrój na takowe już to zapomocą samej tkanki limfatycznej, już to zapomocą tejże oraz tkanki rdzeniowatej czyli myeloidowej.

Lecz wracam do przedmiotu. Na str. 732, mówiąc o bezpośredniem zabijaniu mikrobów i niszczeniu ich jadów w tkankach i we krwi, powiada autor, że działanie koloidów metali »jest podobne do działania zaczynów (enzymów)«. Zamiast takiego dość ogólnikowego określenia, wolałbym zdanie bardziej pozytywne, mianowicie: »Niektóre metale, a mianowicie ich koloidy, mają własność katalityczną, t. j. przyspieszają energicznie oksydacyę i na niej to głównie polega ich korzystne w lecznictwie działanie«.

Na str. 737 mówi autor o podnoszeniu odporności ustroju i wymienia słusznie, jako takie środki: kollargol, kwas nukleinowy i rozczyn soli kuchennej. Byłbym tutaj jeszcze wymienił nieszkodliwą, a wzmacniającą odporność ustroju surowicę Deutschmana, pochodzącą ze zwierząt, uodpornianych drożdżami.

Wydanie dzieła jest staranne, papier dobry, druk wyraźny, a choć tu i owdzie wkradło się kilka omyłek drukarskich, jak na str. 351 »viginalis« zamiast »vaginalis«, na str. 353 »heamatoma« zamiast »haematoma«, to są to usterki mało znaczące.

Ogólny sąd o dziele autora streszczam w słowach: Jest to dzieło dobre, podstawowe, za które się autorowi należy i wdzięczność szczera i uznanie gorące; dzieło to czyta się bez znużenia i »last not least« odda ono naszej uczącej się młodzieży wielkie korzyści. A czyż to ostatnie przekonanie nie jest najwymowniejszą książki oceną? *Heliodor Święcicki.*

**Oftalmodyagnostyka gruźlicy i jej znaczenie w walce społeczeństwa z gruźlicą.** (Wedle wykładu Dra Calmettea w Akademii lekarskiej w Paryżu d. 14 stycznia 1908).

Gruźlica jest dzisiaj biczem bożym społeczeństw i dlatego wszelkie odkrycia, ułatwiające walkę z tą plagą społeczną, budzą powszechne zajęcie. Z tej przyczyny zasługuje na zdanie sprawy wykład Dra Calmettea, omawiający zastosowanie odczynu ocznego i znaczenie, jakie może oftalmodyagnostyce przypaść w walce społeczeństw z gruźlicą.

Na początku przypomniał Calmette, że w czerwcu r. 1907 złożył po raz pierwszy sprawę z prób swoich, czynionych w tym względzie. Nieco pierwej ogłosił Wolff-Eisner w Towarzystwie lekarskiem berlińskiem spostrzeżenie, że wprowadzenie do oka kropli rozczynu ($^1/_{10}$) starej tuberkuliny Kocha wywołuje u osobników gruźliczych znamienny odczyn. Ale Calmette prędko porzucił starą tuberkulinę Kocha z przyczyny fałszywych odczynów, które wywoływały często już to gliceryna, już to obce ciała, w tej tuberkulinie się znajdujące. Tuberkulina, którą on poleca, jest oczyszczona przez trzykrotne strącenie zapomocą wyskoku 95° i następne wysuszenie w próżni. Substancyę, w ten sposób otrzymaną, rozpuszcza się w fizyologicznym rozczynie soli w stosunku 1:100. Rozcieńczoną w stosunku 1:100 i 1:200 zamyka się w jałowych szklannych ampułkach i w ten sposób trzyma się tuberkulina stale niezmieniona. Jedna kropla jednego z tych rozczynów wystarcza do wywołania odczynu. U dzieci lepiej jest używać rozczynu słabszego (1:200) ze względu na ich wielką wrażliwość na tuberkulinę, zaś u doroslych, chcąc otrzymać odczyn wyraźny, lepiej stosować rozczyn mocniejszy (1:100).

Sposób ten daje zdaniem Calmettea wyniki równie dobre, jak odczyn skórny Pirqueta, a nawet lepsze, daje także wyniki równie pewne, jak wstrzykiwanie podskórne tuberkuliny, a nie jest w tym stopniu szkodliwy. Prób ocznych dokonano już dotąd setki tysięcy i nigdy nie wydarzył się żaden nieszczęśliwy przypadek, o ile zachowano potrzebną ostrożność, a więc o ile używano dla każdego badanego osobnego zakrapiacza i stosowano jałową tuberkulinę, a nie rozczyny, pozostawione na wolnem powietrzu, bo rozczyny te łatwo się psują. Gdyby nadto unikano zapomocą odpowiednich przemywań przeciwgnilnych wprowadzenia zarazków zakaźnych do oka w czasie odczynu tuberkulinowego, toby na pewno nie wydarzyły się były i owe powikłania spojówkowe lub rogówkowe, o których niektórzy autorowie donosili. Zbadawszy starannie owe przypadki powikłań ocznych, które kładziono na karb odczynu, prof. de Lapersonne doszedł do wniosku, że »odczyn oczny nie jest wcale niebezpieczny dla oka zdrowego, że przy zachowaniu tylko zwykłych środków ostrożności stosowanie jego nie jest niebezpieczne, chyba u ludzi starszych i tych, którzy dotknięci są zmianami gruźliczemi oka, powierzchownemi, czy głębokiemi«.

Że odczyn ten jest pewny, poświadczyła wielka liczba sekcyi, które pozwoliły całemu szeregowi autorów (Letulle, Comby, Prouff, A. Marie, Raviart, Eyre, Wedd i Hertz, Otto Grönbaum, August Hirschler i w. i.) stwierdzić zmiany gruźlicze u osobników, które, pozornie klinicznie zdrowe, okazywały przecie odczyn dodatni. Prawda, że nieraz było trudno wykryć zmiany i że ich nieraz gołem okiem nie stwierdzono, ale wynik byłby i w tym kierunku dodatni, gdyby dokonywano szczepień na morskich świnkach. Zresztą nigdy dowód ten nie chybił u bydła, i u każdego zwierzęcia, u którego był odczyn, znajdowano i zmiany gruźlicze. Nic nie przemawia za tem, żeby u ludzi rzecz miała się inaczej.

Następnie opisuje Calmette, jak odczyn ten wygląda, kiedy występuje i jak długo trwa. Calmette zaznacza, że nigdy nie zauważano podniesienia się ciepłoty ciała i że odczyn jest wyłącznie miejscowy. Calmette radzi po zakropleniu oka oglądnąć je trzy razy w odstępach 6, 24 i 48 godzin. Przy najsłabszym nawet odczynie widać na mięsku łzowem znamienne ciemno-czerwone nastrzykanie, łatwo się wyróżniające, o ile się porówna oko przeciwne, zdrowe.

Nasilenie odczynu — o ile się zdaje — nie stoi w żadnym związku z nasileniem zakażenia gruźliczego ustroju. Wogóle wydaje się, że odczyn jest o wiele żywszy i szybszy u dzieci i dorosłych, u których są tylko początkowe zmiany, a z drugiej strony u ludzi wyniszczonych lub dotkniętych ciężkiemi i rozległemi zmianami nie bywa odczynu wcale; ale co prawda, to w tych przypadkach odczynu tego wcale nie potrzebujemy.

Z jakości odczynu nie możemy zarówno wysnuwać żadnych wniosków przepowiednich bezpośrednich, jako też nie możemy opierać się na jakości tegoż odczynu, o ile chodzi o stwierdzenie, czy stare zmiany gruźlicze uległy wyleczeniu. Jeśli brak odczynu nie pozwala na wniosek, że wygoiły się zupełnie stare ogniska gruźlicze, to w każdym razie doświadczenie pozwala nam dzisiaj wnosić, że tylko u osobników, dotkniętych gruźlicą rozwijającą się lub zmianami zserowaciałemi, powstaje wyraźnie dodatni odczyn.

Przeciw pewności tego odczynu podniesiono zarzut, że wypada prawie stale dodatnio u chorych na dur, jak to stwierdzili Cohn, Kraus, Luxemberger i Russ. Dotąd mało w tym względzie jeszcze zebrano doświadczeń, a nadto nie stwierdzono, że chorzy na dur, u których był ten odczyn, byli wolni od gruźlicy.

Streszczając dotychczasowe dane, możemy, zdaniem C., śmiało stwierdzić, że odczyn oczny okazał się pewnym i nieszkodliwym. Z kolei należy się zastanowić nad jego znaczeniem w walce z gruźlicą.

Liczne doświadczenia, zebrane w ostatnich czasach, stwierdziły, że dziecko rodziców gruźliczych, z małymi nadzwyczajnymi wyjątkami, nie rodzi się gruźliczem, lecz że dopiero im jest starsze, tem coraz więcej ma sposobności nabyć gruźlicy. Jeśli w istocie odczyn oczny wypada stale ujemnie u noworodków, zrodzonych z matek gruźliczych, to staje się on dodatnim w wieku od 1—2 lat w stosunku 3·24%. Liczba ta rośnie z wiekiem dzieci gwałtownie i wynosi 5·26% u dzieci od 2—5 lat, 13·54% od 6—10 lat i 14·96% od 11—15 lat.

Jak wielkie zatem znaczenie ma środek, pozwalający nam rozpoznać gruźlicę w samym jej początku, skoro wiemy, że gruźlica jest w swych początkach uleczalna i jaką nam daje znakomitą broń w rękę do walki przeciw zakażeniu! Środek ten pozwoli nam wybrać z pośród dzieci, pochodzących z gruźliczych rodziców, owe, które są zupełnie zdrowe lub ledwo co tknięte zakażeniem gruźliczem, usunąć je z otoczenia, wśród którego są narażone na ciągle ponawiające się zakażenie i umieścić je czy to na wsi, czy nad morzem, czy też w odpowiednich uzdrowiskach.

Dzieci takie należy wychowywać w lepszych warunkach zdrowotnych dopóty, aż wkraplanie tuberkuliny do oka, ponawiane co 2 czy 3 miesiące, dowiedzie brakiem odczynu, że nie ma więcej w ustroju żadnego czynnego zakażenia. A jeśli wolno nam wierzyć, czego dowodzą doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne na licznych chorych, leczonych po uzdrowiskach, że zupełne wyleczenie starych ognisk gruźliczych w gruczołach stwarza istotną odporność przeciw nowym zakażeniom gruźlicą, to możemy się spodziewać, że wielka liczba dzieci tak leczonych uzyska naprawdę i odporność na przyszłość. A wreszcie, czyż to nie jest wielkiem dobrodziejstwem społecznem, że możemy tym dzieciom zapewnić możliwie największe prawdopodobieństwo uleczenia? Należy sobie życzyć, żeby wszystkie uzdrowiska i zakłady przeciwgruźlicze, które się obecnie zaczynają mnożyć, poszły tą samą drogą i na wzór zakładu w Lille wprowadziły omawianą metodę postępowania, zarówno pewną, bezpieczną, jak dającą dobre wyniki.

Odczyn ten, stosowany systematycznie, dozwoliłby równocześnie, przez badanie całego środowiska rodzinnego i warunków żywienia się, wyjaśnić sprawę, tak ważną i doniosłą, w jaki sposób i jakiemi drogami następuje zakażenie gruźlicą.

Lecz nietylko ważną społecznie rzeczą byłoby na pewne rozpoznawać gruźlicę w pierwszem dzieciństwie. Boć czyż nie byłoby równie ważną i doniosłą w skutkach rzeczą rozpoznawać u dzieci, wstępujących do szkół ludowych czy też wyższych, które dzieci są gruźlicze i módz je usunąć, by nie szerzyły w około zakażenia? I w armii możnaby zastosować ten sposób z jak największym pożytkiem. Nie potrzebaby było uwalniać z wojska tych, u których przy dodatnim odczynie nie stwierdzono żadnych innych zmian klinicznych, bo doświadczenie uczy, że ćwiczenia fizyczne dobrze wpływają na zdrowie tych, których uważamy dzisiaj za dotkniętych gruźlicą utajoną.

Stosowanie zatem tej nowej metody rozpoznawczej pozwoli, zdaniem Calmettea, w rodzinie, szkole, armii, szpitalach i innych zbiorowiskach ludzkich wydzielić osobniki dotknięte zmianami gruźliczemi czynnemi i to tak pewnie i skutecznie, jak żaden inny z dotąd znanych sposobów.

Walka społeczna z gruźlicą powinna z tej metody wyciągnąć jak największą korzyść. *E. Stahr.*

# Piśmiennictwo bieżące.

## Medycyna teoretyczna.

Sauerbruch i Heyde. **O wspólnem życiu** (*parabiosis*) **sztucznie połączonych ciepłokrwistych zwierząt.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 4). Punktem wyjścia chirurgii plastycznej był fakt przygajania się części zupełnie od ustroju oddzielonych. W ten sposób też staramy się dalej postępować przy pokrywaniu ubytków, biorąc z innego miejsca tego samego ustroju uszypułowane, albo i nie uszypułowane płaty, n. p. przy plastyce nosa płaty z ramienia, czoła, uda i t. p. Krokiem dalej są próby przeszczepiania pewnych części jednego ustroju na drugi. Skórę jednego osobnika na drugi przeszczepiali z dodatnim wynikiem Bert u białych szczurów, a Eiselsberg u królików. Korschelt łączył ze sobą dżdżownice w ten sposób, że część przednią jednej łączył z kadłubem drugiej i tak utworzony osobnik pozostał przy życiu. Autorowie poszli dalej w tym kierunku i starali się przekonać, o ile możliwą jest rzeczą połączyć ze sobą dwa zwierzęta ciepłokrwiste, żeby niejako stanowiły jeden ustrój. Wykonano tych połączeń 33. Łączono skórę, mięśnie, jamy otrzewne, dalej żołądek jednego z jelitem drugiego zwierzęcia, jelita z jelitami i t. p. Po zeszyciu umocowywano zwierzęta w opatrunku gipsowym. Zrastały się jedynie zwierzęta tej samej rasy i to młode, tej samej płci i z tych samych rodziców w jednym czasie urodzone. Gojenie odbywało się podobnie, jak u jednego osobnika, z tą tylko różnicą, że czasem drobnowidowo można było stwierdzić niejako przewagę jednego z osobników. Zwierzęta połączone po pewnym czasie zaczynały wykonywać ruchy skojarzone, n. p. zwracały naraz w jedną stronę głowy i t. p. Gdy jedno zwierzę padło, drugie kończyło również życie wśród drgawek w 3—4 godzin. Szybkie, najdalej w ½ godziny podjęte oddzielenie żyjącego od trupa, ratowało mu życie. Jodek potasu, wstrzyknięty w tylną łapę jednego osobnika, wykrywano w moczu drugiego w ¾ godziny. Podobnie stwierdzono i przechodzenie drobnoustrojów z jednego osobnika na drugi. Usunięcie jednej, a w pewien czas drugiej nerki u jednego zwierzęcia wywołało najpierw osowienie i drgawki u nieoperowanego; po 12 godzinach jednak zaczęło zwierzę nieoperowane przychodzić do siebie, pozbawione zaś nerek popadło w drgawki i padło (drugie potem umyślnie już zabito). Doświadczenie ostatnie jest wstępem do dalszych, mianowicie do badań przemiany materyi po usunięciu ważnych dla życia narządów, do badań co do rozchodzenia się jadów n. p. tężcowego i t. p. *Klęsk.*

A. Landau i M. Halpern. **Przyczynek do badań nad składem chemicznym płynu mózgowordzeniowego.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 1). Badania autorów obejmują 22 przypadków. Materyał otrzymywano przez nakłucie lędźwiowe. Ciężar właściwy płynu mózgowordzeniowego wahał się między 1005 a 1009, przyczem nie zauważono wyraźnej zależności tego ciężaru od zawartości soli kuchennej lub azotu całkowitego. Co się tyczy chlorków, to ilość ich wynosiła około 0·6 prc.; zawartość zaś azotu wahała się między 0·03—0·04 prc., przyczem dał się zauważyć pewien antagonizm między zawartością chlorków, a zawartością azotu; i tak najwyższym liczbom dla azotu odpowiadają najniższe liczby dla chlorków i odwrotnie. Co się tyczy poszczególnych przypadków, to przy gruźliczem zapaleniu opon uderza mała zawartość chlorków przy dużej zawartości azotu. Wartoby sprawdzić, czy to zjawisko jest stałem dla wszystkich przypadków gruźliczego zapalenia opon i od czego zależy to powiększenie się ilości azotu, czy od wzmożonej zawartości białka, czy też od produktów azotowych niebiałkowych. *Pisarski.*

Zimin. **W sprawie wpływu chloroformu i eteru na bakteryobójcze działanie krwi i fagocytozę.** (*Doniesienie tymczasowe*). (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 1). Dla swoich doświadczeń używał Z. (Tomsk) królików, morskich świnek, które poddawał uśpieniu od 45 minut do 2½ godzin. Dla zbadania bakteryobójczego działania krwi brał Z. surowicę i odwłókniona krew królików prawidłowych i usypianych i zakażał je lasecznikiem duru brzusznego. Fagocytozę badano na świnkach morskich, którym do jamy brzusznej wprowadzano zawiesinę prątka odmieńca, zbierając potem od czasu do czasu wysięk otrzewny. Wnioski autora są następujące: A) Co do fagocytozy: 1) Świnki znoszą wstrzykiwanie do jamy brzusznej dużych dawek hodowli odmieńca. 2) Odczyn ustroju na te wstrzykiwania w postaci przenikania do jamy brzusznej komórek wielojądrzastych i chwytania przez nie bakteryi odbywa się u zwierząt eteryzowanych słabiej, niż u zwierząt, użytych do kontroli. 3) U zwierząt chloroformowanych odbywa się przenikanie komórek wielojądrzastych tak samo, jak i u prawidłowych, lecz zdolność tych komórek do pochłaniania bakteryi jest zmniejszoną. B) Co do działania bakteryobójczego: 1) Wielkiej różnicy w bakteryobójczem działaniu surowicy (resp. krwi) chloroformowanych, eteryzowanych i prawidłowych królików zauważyć nie można, 2) jednakże surowica zwierząt chloroformowanych zabija bakterye mniej energicznie, co najlepiej można zauważyć na hodowlach, zasianych po upływie 20—45 minut od początku działania surowicy. *Z. Orłowski.*

Raubitschek i Russ. **W sprawie własności bakteryobójczych pyocyanazy.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 8, 1908). Bouchard i Freudenreich zwrócili uwagę na działanie bakteryobójcze hodowli prątków ropy błękitnej na prątki wąglika i inne drobnoustroje. Emmerich i Löw zajęli się badaniem substancyi bakteryolitycznej tych drobnoustrojów i tłómaczą istotę bakteryobójczego działania obecnością zaczynu, który nazwali pyocyanazą i który znalazł nawet zastosowanie lecznicze. Tymczasem badania autorów stwierdzają, że z pyocyanazy przez odpowiednie postępowanie można uzyskać ciało, podobne do tłuszczu, tzw. lipoid, które właśnie stanowi istotę znacznej siły bakteryobójczej w pyocyanazie, nie ma tu zaś działania zaczynowego. Byłby to zdaniem autorów pierwszy dotąd znany lipoid, pochodzący z drobnoustrojów i działający bakteryolitycznie. *Dr Blassberg.*

Rössle. **O przeroście i korrelacyi narządów.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 8, 1908). Najczęstszym jest przerost narządów o tej samej budowie, t. zw. przerost zastępczy. Następuje on w narządach parzystych wtedy, gdy jeden z nich ulegnie zniszczeniu, (np. nerka). Również dość częstym jest przerost roboczy, następowy wskutek zwiększonej pracy, np. przerost serca przy chorobach płuc i naczyń. Trzecią grupę stanowi przerost pewnego narządu, wywołany utratą pewnych chemicznych własności zupełnie innego narządu, np. przerost przysadki mózgowej po usunięciu gruczołu tarczowego i t. p. Przerost ten możnaby również uważać za zastępczy. Ostatnią wreszcie grupę stanowią sprawy, gdzie przerost w pewnym narządzie powstaje wskutek zniknięcia hamującego działania innego narządu. Sprawa ta nie jest jeszcze dość jasną. Przerost powstać tu może w jednym narządzie także wtedy, gdy inny wytwarza zanadto dużo pewnych substancyi. Należy tu przerost serca przy wolu, przy powiększeniach grasicy, zwiększeniu się wydzielania nadnerczy i t. p. Bardzo często spotyka się przerost grasicy przy chorobie Basedowa. Czy należy go odnieść do grupy trzeciej, czy czwartej, orzec trudno. Przerost przysadki mózgowej po wytrzebieniu spostrzegał Fichera u zwierząt, a autor w trzech przypadkach u trzebieńców stwierdził go sekcyjnie. Jakie substancye wywołują ten chemiczny przerost, dokładnie jeszcze nie wiemy. Według Starlinga i Halbana byłyby to t. zw. stimuliny lub hormony. Wywołują one n. p. powiększenie się sutków w ciąży. Zupełnie nie jasne są jeszcze miejscowe przerosty pewnych narządów, jak wątroby, płuc lub naczyń, a wreszcie przerosty wrodzone pewnych części narządów, wchodzące już na pogranicze zwykłych przerostów i nowotworów. *Klęsk*

## Medycyna wewnętrzna.

Bendix. **O obecnym stanie stosowania tuberkuliny.** (*Klin. ther. Wochs.* 1907, 44, 45 i 46). Wobec powszechnie dzisiaj uznanego faktu, że gruźlica w początkowym okresie jest chorobą uleczalną, jest obowiązkiem lekarza w tym właśnie okresie dokładne i pewne jej rozpoznanie. Obecności prątków w plwocinie nie można dzisiaj uważać za wczesny objaw. Natomiast wielkie znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy płuc ma dokładne fizyczne badanie płuc, łącznie z uwzględnieniem wywiadów i objawów ogólnych. Promienie Röntgena mogą tutaj oddać także wielkie usługi, ale lekarz-praktyk tego sposobu badania najczęściej użyć nie może. Są jednak przypadki rozpoczynającej się gruźlicy, sprawiające wielkie trudności rozpoznawcze, a w których jedynym środkiem rozpoznawczym pozostaje tuberkulina. Do celów rozpoznawczych używa się dzisiaj powszechnie starej tuberkuliny Kocha, sporządzanej w następujący sposób: hodowle gruźlicy ludzkiej na bulionie z dodatkiem 5 prc. gliceryny przesącza się i przez gotowanie zagęszcza do $^{1}/_{10}$ objętości; do użycia podskórnego rozcieńcza się ją następnie 0·5 prc. wodą karbolową. Tuberkulinę stosuje się podskórnie, inne bowiem sposoby stosowania okazały się zdaniem B. niewłaściwe [1]). Przed wstrzyknięciem tuberkuliny należy dokładnie zbadać, czy dany osobnik nie gorączkuje, a także liczyć się na-

[1]) B. nie uwzględnia odczynu Pirqueta i Calmettea. (*Przyp. spr.*).

leży ze stanami, w których już sama czynność wstrzykiwania (nawet wody), może wywołać podniesienie się ciepłoty (jak n. p. histerya lub neurastenia). Koch radził wstrzykiwać naprzód 1 mgr., później 5 mgr., a wreszcie 10 mgr.; jeżeli po której z tych dawek wystąpił odczyn, powtarzał tę dawkę, a powtórne wystąpienie odczynu uważał za dowód gruźlicy. Inni autorowie podawali inne sposoby, a n. p. Pickert wstrzykuje 0·5 mgr. i postępuje tylko o bardzo małe ilości i w dużych odstępach czasu, ażeby wyłączyć szkodliwe działanie tuberkuliny. Inni znów zalecali wstrzykiwać w przeciągu 12 dni cztery razy po 0·2 mgr. W ostatnich czasach radzą niektórzy zaczynać wstrzykiwania od bardzo małych dawek (0·0001), a następnie szybko w górę postępować. Nierozstrzygniętym jest jeszcze spór, jaką dawkę należy uważać za najwyższą, przy której chorzy na gruźlicę jeszcze oddziaływają, zdrowi zaś nie. Szkoła Kocha uważa 10 mgr. za taką dawkę, niektórzy jednak autorowie dopiero 50 mgr. Na obraz odczynu składa się gorączka, objawy ogólne i miejscowe. Gorączka powstaje przez wessanie rozpuszczonych produktów z miejsca chorego i jako zwykły objaw działania toksyn. Ażeby odczyn gorączki można uważać za dodatni, musi różnica wynosić 0·5°—0·8°. Ogólne objawy polegają na dreszczu, potach, bolu głowy i członków, ogólnem rozłamaniu, nudnościach, wymiotach, ciśnieniu w żołądku i biciu serca; czasem występuje białkomocz. Z objawów płucnych może wystąpić kaszel, zwiększenie się ilości plwociny, bole w miejscach, gruźlicą zajętych, a przedmiotowo można często wtedy stwierdzić prątki w plwocinie i rzężenia nad choremi częściami płuc. Wielokrotnie próbowano ze stopnia objawów odczynu wysnuć rokowanie danego przypadku, zapatrywania jednak są bardzo rozbieżne. O leczeniu tuberkuliną, (jakkolwiek dzisiaj jeszcze ma ono swoich przeciwników), coraz większe koło badaczy wyraża się dodatnio. Początkowe niepowodzenia w tym kierunku należy odnieść do stosowania nieodpowiedniej dawki i do nieodpowiedniego wyboru chorych. Do leczenia tuberkuliną nadają się najbardziej przypadki lekkie, bez gorączki i z wielkiemi zmianami miejscowemi; ale i przypadki cięższe można skutecznie leczyć tuberkuliną, a niektórzy uważają nawet tuberkulinę za doskonały środek przeciwgorączkowy. Przeciwwskazanie stanowi tylko wysoka, trawiąca gorączka. Przy wadach serca, wikłających gruźlicę płuc, należy tuberkulinę ostrożnie stosować, ażeby ogólny odczyn nie wywołał zapadu. Skłonność do krwotoków nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania. Leczenie tuberkuliną rozpoczyna się od bardzo małej dawki, 0·01 mgr., a niektórzy radzą rozpoczynać nawet od 0·001 mgr. Następnie powiększa się dawkę z początku prędzej, później powoli i w dużych odstępach. Wszelkiego odczynu należy unikać, jakkolwiek i pod tym względem zapatrywania są różne i niektórzy nie uważają małego wzniesienia się ciepłoty za szkodliwe. Ogólnie uważa się leczenie tuberkuliną wtedy za ukończone, gdy dawka czystej tuberkuliny dojdzie 1 gr., co osiąga się mniejwięcej po 4—6 miesiącach, jeżeli się wstrzykuje dwa razy na tydzień. Co do tego, w jaki sposób wywiera tuberkulina korzystne działanie na ustrój gruźliczy, podziela autor zapatrywanie Sahliego, że działanie tuberkuliny polega na wytworzeniu czynnej odporności, przez którą wzmaga się naturalną zdolność ustroju do wytwarzania ciał, niweczących działanie toksyny gruźliczej. Arneth i Uhl wykazali, że pod wpływem tuberkuliny poprawia się neutrofilowy obraz krwi. Tuberkulina działa także zdaniem B. doskonale jako środek objawowy, uśmierza kaszel, ułatwia wykrztuszanie, łagodzi ból i kłucie, zmniejsza poty i t. d. Dobre wyniki osiągał C. Spengler, wstrzykując naprzemian tuberkulinę zwierzęcą i ludzką. W samych początkach stosowano tylko starą tuberkulinę Kocha, dzisiaj przetworów tuberkulinowych jest cały szereg; mniejwięcej wszystkie oddają zdaniem B. dobre usługi [1]). *Pisarski.*

Blum. **O wartości odczynu ocznego dla rozpoznania gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 2). Związek między istnieniem tego odczynu, a istnieniem gruźlicy jest częsty, ale niestały. Brak odczynu nie wyłącza gruźlicy. Możliwe jest prawdopodobnie pojawianie się tego odczynu, chociaż wyjątkowo, także i u osób nie dotkniętych gruźlicą, co ogranicza oczywiście doniosłość próby. *Dr M. Godlewski.*

Goebel. **Doświadczenia z odczynem skórnym Pirqueta.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 4). Zdaniem autora tak odczyn Pirqueta, jakoteż odczyn oczny są odczynami swoistymi. Częstość odczynu u dorosłych tłomaczy G. częstością gruźlicy utajonej. Znaczenie odczynów dla rokowania zasługuje jeszcze na sprawdzenie. Nie wyjaśniono też dotąd, czy odczyn należy uważać za swoistą nadczułość na tuberkulotoksynę, czy na ciała proteinowe bakteryi (Bakterieneiweissstoffe) w ogólności. Dodatni odczyn Pirqueta pozwala, według G., u dzieci (1—12 lat) na wnioski niemal pewne, u dorosłych tylko na wnioski prawdopodobne. Ujemny wynik kilkakrotnego szczepienia pozwala u dorosłych niemal napewno gruźlicę wyłączyć. *Dr M. Godlewski.*

Moro. **O odczynie, dającym się zużytkować w celach rozpoznawczych, wywołanym przez wtarcie mydła zawierającego tuberkulinę.** (*Münchener med. Wochs.* 1907, Nr 5). M. wychodzi z założenia, że pewne schorzenia skóry, właściwe zołzom, są wypływem odczynu, wynikającego ze swoistej nadczułości. Istotnie stwierdził M., że wtarcie mydła, zawierającego 50 prc. tuberkuliny, wywoływało u takich osobników właściwy odczyn w postaci drobnych guzków na miejscu wtarcia. M. wyróżnia 3 stopnie tego odczynu, który jako zupełnie niewinny, a z odczynem Callmettea i Pirqueta analogiczny, może mieć doniosłe znaczenie rozpoznawcze. *Dr M. Godlewski.*

Hosch. **W sprawie samorodnej ropowicy żołądka** (*gastritis phlegmonosa idiopathica*). (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 24). Choroba ta rozpoczyna się objawami często niejasnymi, jak brakiem łaknienia, nudnościami, rozszerzeniem żołądka. Najczęściej pojawiają się wymioty śluzowo-żółciowe, niekiedy ropne. Czasem wymioty ustępują, pojawiając się ponownie, gdy powstanie zapalenie otrzewnej. Brzuch bywa bolesny; najsilniejsze bole w nadpępczu. Za życia rozpoznawano chorobę tylko w bardzo rzadkich przypadkach. Dołączające się po 2—4 dniach ogólne zapalenie otrzewnej zaciera obraz choroby. W rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na względzie: ropień ściany żołądka, zapalenie okołożołądkowe, nieżyt żołądka ostry, ropień wątroby, zapalenie pęcherzyka żółciowego, trzustki i zapalenie gruźlicze otrzewnej. — Choroba trwa 1—20 dni, zdarza się częściej u mężczyzn. Leczenie jest objawowe; w razie przebicia do otrzewnej konieczna jest natychmiastowa operacya.

*Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Meunier. **Badanie wydzielania żołądkowego bez pomocy zgłębnika.** (*Presse méd.* 1908, Nr 6). M. podaje badanej osobie do połknięcia malutki woreczek z cieniutkiego kauczuku, rodzaj kapsułki, zawierający w środku kroplę eteru. Otwór tej kapsułki zawiązany jest cienką nicią z katgutu, przyrządzonego tak, że zawiera błonę podśluzową jelita baraniego; taki katgut bardzo łatwo rozpuszcza się w soku żołądkowym. Otóż kapsułka taka, dostawszy się do żołądka po pewnym czasie, otwiera się, bo katgut ulega strawieniu, a eter wydostaje się na zewnątrz, i zetknąwszy się ze ścianą żołądka, gwałtownie się ulatnia. Chwilę tę chory wyraźnie odczuwa, albowiem doznaje wyraźnego odbijania się eterem. Czas, jaki minął między połknięciem kapsułki, a odbijaniem się eterem, służy za miarę siły trawienia żołądkowego. I tak na podstawie doświadczenia przekonał się M., że przy nadmiernej kwaśności żołądkowej odbijanie się eterem następuje przed upływem godziny, przy wydzielaniu prawidłowem po godzinie do $1\frac{1}{2}$ godziny, przy upośledzonem wydzielaniu po $1\frac{1}{2}$ godziny; przy braku HCl w soku żołądkowym wymowo znamienne odbijanie się wcale się nie pojawia. *Stahr.*

Prym. **Wypróżnianie się żołądka, oddzielanie się części stałych od płynnych, zachowanie się tłuszczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 2). Mniemanie, jakoby skutkiem ruchów robaczkowych już w żołądku następowało dokładne wymieszanie pokarmu, okazało się nieprawdziwe. Badania Grütznera dowiodły, że jedynie cząstki położone przyściennie, oraz cząstki, znajdujące się w okolicy odźwiernika, są w ruchu; cząstki, znajdujące się więcej w środku, są w zupełnym spoczynku, działaniu soku żołądkowego nie ulegają, pozostają też zupełnie nie ogrzane. Dowiedziony fakt, że żołądek przepuszcza do dwunastnicy jedynie cząstki, przeprowadzane w stan płynniejszy, zatrzymując inne, przypisywano odźwiernikowi, który miał tego oddzielania dokonywać; P. na podstawie badań, przeprowadzonych na psach, u których przez zamrożenie ustalano zawartość żołądka, dochodzi do przekonania, że czynności tej dokonywa sam właściwy żołądek (*corpus ventriculi*). Ruchy robaczkowe wzrastają przy zbliżaniu się do odźwiernika, tak, że w okolicy przedsionka odźwiernika kurczowe zaciśnięcie odcina treść tam zawartą od reszty żołądka, a równocześnie rozwierający się odźwiernik wyrzuca treść do dwunastnicy. Ruch zatem przyściennej porcyi pokarmów jest wywołany ruchem ssącym przedsionka odźwiernika, oraz ruchem robaczkowym ścian żołądka. Przybrzeżnie nawet leżące części stałe nie mogą być słabym ruchem robaczkowym porwane; ostatecznie tedy dostają się do części środkowej. Tak następuje zwolna oddzielanie części stałych od płynnych,

[1]) Zapatrywania Bendixa uderzają swym optymizmem; porów. pracę Dra Dłuskiego, drukowaną w r. b. w »Przeglądzie«. (*Przyp. spr.*).

dopóki części stałe nie staną się pod wpływem działania soku żołądkowego płynniejszemi. Tłuszcz, jako stosunkowo lekki, ma skłonność do usuwania się z pod działania błony śluzowej i wydostawania się na powierzchnię, otaczając nieraz całą masę pokarmową i przez to zostając długo w żołądku. Zdarza się to zwłaszcza przy równoczesnem zwężeniu odźwiernika. Podawanie zatem tłuszczów leczniczych (olej rącznikowy) naczczo i podawanie następnie pokarmu dopiero po upływie kilku godzin jest zupełnie uzasadnione, gdyż tłuszcz, nie mogąc oblepić się niejako na kęsie pokarmowym, szybciej do jelit wydalonym bywa.
*Dr M. Godlewski.*

Kurt Sury. **Przyczynek do nauki o zapalnej marskości żołądka i włóknistem zapaleniu błon surowiczych.** (*Polyserositis fibrosa-Zuckerguss*). (*Archiv für Verdauungskr.* T. XIII, Z. 1). Przez nazwę zapalnej marskości żołądka rozumieć należy przedewszystkiem chorobę, polegającą na pierwotnem mniej lub więcej rozległem zgrubieniu ścian żołądka przez rozrost tkanki łącznej w błonie podśluzowej i podsurowiczej. Następowe kurczenie się nowo utworzonej tkanki łącznej pociąga za sobą stałe zmniejszenie się pojemności żołądka. Cała ta sprawa jest następstwem bądźto istniejącego jeszcze, bądź też ukończonego już zapalenia ścian żołądka. Przyczyny tej nader rzadkiej choroby są najróżnorodniejsze; jako najczęstsze przytacza S. wrzody okrągłe, ropne zapalenie żołądka, nieżyt żołądka przewlekły (*abusus alcoholicus*), uporczywe wymioty, działanie środków żrących, zastoje przy chorobach wątroby, serca lub płuc, kiłę, przewlekłe zapalenie okołożołądkowe, zapalenie otrzewnej lub tkanki zaotrzewnej, urazy i t. d. — Z objawów klinicznych zasługują na uwagę: odbijania i brak łaknienia; rzadziej zdarza się ucisk miejscowy lub ból. Z powodu zmniejszonej pojemności żołądka następuje przy jedzeniu bardzo prędko uczucie pełności; wogóle chory może spożywać na raz tylko bardzo małą ilość pokarmów, inaczej następują natychmiast wymioty. Stolec bywa zaparty. W większości przypadków rozwija się puchlina brzuszna. Rozpoznanie opiera się głównie na następujących danych: pojemność żołądka jest zmniejszona, próba wydęcia żołądka nie udaje się, zgłębnik wprowadzony być może tylko do 40 lub 50 ctm., dolnego jego końca od zewnątrz nie można wymacać. W dołku podsercowym wymacać można silne stwardnienie o gładkiej powierzchni, które często z powodu zapalenia okołożołądkowego jest nieruchome. — Sprawa różni się od nowotworów długiem trwaniem (3—10—15 lat), występowaniem w młodym wieku (25. rok), brakiem przerzutów i wreszcie brakiem wymiotów krwawych. Badania histologiczne autora streszczają się w następujących zdaniach. Zapalna marskość żołądka polega na przewlekle zapalnym rozroście tkanki łącznej, która w błonie podśluzowej i podsurowiczej najbardziej buja. Początkowo w jądra i fibroblasty obfitująca tkanka przechodzi zwolna w tkankę twardą, zawierającą mało komórek, z utratą naczyń krwionośnych i limfatycznych. W tkance ziarninowej napotyka się bujanie śródbłonków limfatycznych, które przybierają niekiedy kształt nabłonkowaty. W błonie śluzowej giną całemi partyami gruczoły, podściółka rozrasta się. Rozpoznanie jest możliwe jedynie na podstawie badania drobnowidowego. *Schudmak.*

M. Einhorn. **Dalsze doświadczenia z próbą trawienną perełkową (Einhorna).** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). Przed rokiem ogłosił E. próbę trawienną (ob. spraw. w »Przegl. lek.«), polegającą na wprowadzaniu do przewodu pokarmowego perełek szklannych, napełnionych ciałami, ulegającemi strawieniu jużto w żołąeku, już też tylko w jelitach. Perełki te podaje się choremu w kapsułce żelatynowej, a po 24 godzinach odszukuje się je w kale i bada ich treść. Według autora ulegają trawieniu wyłącznie żołądkowemu katgut i ości ryb, zaś mięso, ziemniaki, tłuszcz barani i grasica ulegają trawieniu jelitowemu. Do pierwotnych swoich doświadczeń dołącza E. obecnie doświadczenia, uzyskane w dalszych 37 przypadkach różnych chorób, które służyć mają za dowód, iż tą drogą dokładnie oznaczyć można siłę trawienną tak żołądka, jak i jelit. *Schudmak.*

E. Schütz. **Przyczynek do nauki o włóknach sprężystych żołądka.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). W pracy swej, przeważnie histologicznej, wywodzi S., odmiennie od zapatrywań innych autorów, że włókna sprężyste żołądka mają następujący układ. 1) W błonie śluzowej znajduje się tuż pod warstwą gruczołową warstwa włókien sprężystych, począwszy od wpustu aż do odźwiernika, odpowiednio do warstwy mięsnej śluzowej (*muscularis mucosae*) (t. zw. warstwa sprężysta bł. śluzowej), złożona przeważnie z gęsto ułożonych włókien o różnym przebiegu; tylko w okolicy odźwiernika, oraz koło pierścienia wpustu są włókna grubsze. Szerokość tej warstwy jest w dnie żołądka najmniejsza, wzrasta ku wpustowi; koło odźwiernika jest zmienna. Od tej warstwy wchodzą między gruczoły wązkie wypustki, które miejscami dochodzą do połowy wysokości gruczołów; najsilniej rozwinięte są wypustki koło dna żołądka, gdzie podstawę gruczołów siatkowato otaczają. 2) W błonie podśluzowej jest utkanie sprężyste koło wpustu i w dnie bardzo skąpo rozwinięte, napotyka się tu tylko pojedyncze włókna; jedynie w sąsiedztwie naczyń krwionośnych napotyka się obfitsze nagromadzenie włókien sprężystych. W okolicy odźwiernika jest utkanie sprężyste także i w błonie podśluzowej bogato rozwinięte. 3) W błonie mięsnej tworzą włókna sprężyste w okolicy wpustu i w dnie ciągłą prawie warstwę miernie szerokich pasm. Druga warstwa przebiega w pobliżu błony surowiczej, w części na granicy między wewnętrzną a zewnętrzną warstwą mięsną, mając w okolicy wpustu znaczniejszą szerokość. W okolicy odźwiernikowej brak obu warstw. Obie warstwy połączone są ze sobą tak w dnie żołądka, jak i przy wpuście, przez równie silne pasma włókien sprężystych, z których uboczne pasemka, wchodząc między beleczki mięsne, tworzą miejscami gęstą siateczkę, bardzo bogato w okolicy wpustu rozwiniętą. — W ścianie mięśniowej części wpustowej, tudzież w samym odźwierniku, przebiegają stosunkowo rzadko włókna sprężyste we wszystkich kierunkach. 4) W błonie surowiczej przebiegają w dnie żołądka i koło odźwiernika wązkie pasemka włókien sprężystych w kierunku podłużnym; koło wpustu nie ma ich wcale. — Na podstawie tych wyników dochodzi S. do wniosku, że tkanka sprężysta służy w żołądku nietylko za podstawę i rusztowanie dla tkanek, ale także i do innych celów; obfitość włókien sprężystych w błonie śluzowej i mięsnej dna pozwala na wniosek, że mają one tu za zadanie przeciwdziałać wydęciu, na jakie żołądek w tem miejscu najbardziej jest narażony; obfitość tkanki sprężystej w błonie mięsnej wpustu pozwala przypuścić, że włókna sprężyste spełniają tu rolę zwieracza, a co do odźwiernika, w którym włókna sprężyste obficie napotykamy tak w błonie śluzowej, jak i podśluzowej, to mają one tu wywoływać wciskanie się błony śluzowej w światło odźwiernika, przez co zamknięcie się jego staje się zupełniejsze. *Schudmak.*

Prof. Horway. **Przypadek gośćca żołądka z wymiotami krwawemi niewiadomego pochodzenia.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). Na podstawie jednego (!) przypadku stara się J. dowieść, że gościec żołądka jako samoistna choroba, ograniczona wyłącznie do tego narządu, może się zdarzać. Chory autora cierpiał na bole żołądka, występujące jedynie podczas zimniejszej pory roku lub w czasie panowania wiatrów. Zmiany pory, lub miejsca pobytu wpływały zawsze uspakajająco na chorobę. Krwotoki, towarzyszące chorobie, tłómaczy J. jużto jako powstałe z nadżerek skutkiem zwiększonej kwaśności żołądkowej, już też jako pochodzące nie z żołądka, ale z żylaków, usadowionych w dolnym odcinku przełyku w pobliżu wpustu. (Badania pośmiertnego nie wykonano!). *Schudmak.*

L. Fischl. **Przyczynek do patologii żółtaczki nieżytowej.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 1). F. przeczy, jakoby żółtaczka, zdarzająca się przy t. zw. nieżycie żołądkowo-dwunastniczym, była wywołana przez nagromadzenie się śluzu i zatkanie głównego przewodu żółciowego. F. w żadnym przypadku żółtaczki nieżytowej nie spostrzegał nieżytu żołądka, jedynie kwaśność żołądka była silnie zwiększona. Wobec tego tłómaczy F. żółtaczkę tę jako nieżyt dróg żółciowych, wywołany przez silnie kwaśny sok żołądkowy, który, przechodząc do dwunastnicy, zmienia podłoże dla bakteryi, mogących wtedy wywoływać zapalenie dróg żółciowych i żółtaczkę. *Schudmak.*

Wegele. **O leczniczem działaniu joghurtu i o wskazaniach do leczenia tym środkiem w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, 1). Joghurt jest kwaśnem mlekiem, wyrabianem w Bułgaryi zapomocą zaczynu, zwanego »podkwassa«. Zaczyn ten składa się z całego szeregu bakteryi, wytwarzających kwas mleczny, a największą jego ilość wytwarza t. zw. prątek bułgarski, laseczka gruba, długości 5—20 $\mu$, o wielkiej żywotności, barwiąca się barwikami anilinowymi, nie odbarwiająca się sposobem Grama. Mleko kwaśne, otrzymane zapomocą tego fermentu, jest łatwo strawną, doskonałą pożywką i posiada w wysokim stopniu własność odkażania przewodu pokarmowego, raz przez wytwarzanie wielkiej ilości kwasu mlecznego, a powtóre przez to, że prątek bułgarski i inne w tym zaczynie się znajdujące bakterye posiadają wielką żywotność i rozmnażając się w przewodzie pokarmowym, utrudniają rozwój innych drobnoustrojów. Co do wskazań, to z chorób żołądka nadają się do stosowania mleka bułgarskiego bardzo przewlekłe

nieżyty ze zmniejszonem wydzielaniem soku żołądkowego i brak wydzielania soku (*achylia gastrica*), korzystną tu bowiem jest z jednej strony obecność kwasu mlecznego, z drugiej obecność w tem mleku już nadtrawionych białek. Przeciwwskazanie do podawania joghurtu będą stanowić choroby żołądka, przebiegające z nadmierną kwaśnością i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Właściwem polem do stosowania joghurtu są choroby jelit, szczególnie przebiegające ze wzmożoną fermentacyą lub gniciem. W dysenteryi tak ostrej, jak przewlekłej, okazał się joghurt bardzo dobrym lekiem. Istnieje jedna publikacya, w której autor podaje, że spostrzegał korzystne działanie joghurtu w przebiegu duru brzusznego. Francuscy autorowie spostrzegali korzystne działanie joghurtu przy owrzodzeniach gruźliczych kiszek. (W handlu znajdują się dziś mnogie przetwory joghurtu: francuska laktobacylina, kilka przetworów niemieckich, zaczyn Karwackiego z Warszawy i i.). *Pisarski.*

## Dermatologia i syfilidologia.

Peritz. **Kiła, wiąd rdzenia i porażenie postępujące w stosunku etyologicznym i leczniczym do lecytyny.** (*Berl. kl. Wochs.* Nr 2, 1908). Na podstawie wyników dawniejszych swych doświadczeń z wstrzykiwaniami lecytyny u ludzi dotkniętych wiądem przypisuje P. lecytynie działanie swoiste. Obecnie chcąc zbadać stosunek lecytyny do antytoksyny kiłowej, wstrzyknął P. choremu na wiąd, okazującemu wybitnie dodatni odczyn Wassermanna, 6 razy lecytynę, za każdym razem po 2 gr. W 2 dni po ostatniem wstrzyknięciu stwierdził u chorego zupełne zniknięcie niweczników we krwi. Wynik powyższy zgadza się najzupełniej z najnowszem spostrzeżeniem Wassermanna, że lecytyna wchodzi *in vitro* w połączenie z antytoksyną kiłową. Ze spostrzeżeń Wassermanna zdaje się wynikać, że ciało, oznaczane dotąd w surowicy kiłowej jako niwecznik, jest toksyną kiłową. Wobec tego odczyn ujemny po wstrzyknięciach lecytyny można tłómaczyć albo związaniem niwecznika z lecytyną we krwi, albo też jego zupełnem zniknięciem. Znaczne zwiększenie się ilości lecytyny w kale chorych na wiąd, a następnie zmniejszenie po wstrzykiwaniach lecytyny pochodzi stąd, że wskutek powinowactwa toksyny do lecytyny, ilość lecytyny, obecna w ustroju, nie wystarcza do nasycenia toksyny, a zatem cała jej ilość, wprowadzana z pokarmami, zostaje na ten cel zużyta i następnie z kałem wydalona. Przez wstrzykiwania zostaje wolna jeszcze toksyna całkowicie nasycona, stąd zmniejszenie się ilości lecytyny w kale. Czy lecytyna jednak zdoła usunąć na stałe toksynę kiłową z ustroju, pozostaje na razie sprawą nierozstrzygniętą. W dalszym ciągu wywodzi P., że połączenie toksyny kiłowej z lecytyną pod żadnym względem nie odpowiada t. zw. toksolecytydom, a że niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków działa lecytyna w wiądzie leczniczo, więc o trującem, a zwłaszcza neurotoksycznem działaniu wspomnianego połączenia mowy być nie może. Powstawania wiądu działaniu wprost samej toksyny przypisać nie można, bo nieraz wiąd postępuje, a »antytoksyny« we krwi stwierdzić nie można. Działania leczniczego lecytyny nie można zaś wytłómaczyć powstającą pod jej wpływem poprawą w wymianie materyi, gdyż badania szczegółowe, przeprowadzone w tym kierunku przez autora, nie stwierdziły ilościowej zmiany w wymianie materyi. Jakiż jest zatem stosunek etyologiczny lecytyny do wiądu? Ponieważ toksyna kiłowa posiada wyraźne powinowactwo do lecytyny, zatem cała ilość lecytyny, wprowadzana z pokarmami do ustroju chorego na wiąd, zostaje po wessaniu z jelit, już we krwi przez krążącą toksynę pochwyconą. Na tem cierpi w pierwszym rzędzie układ nerwowy ośrodkowy, będący obok innych narządów głównym składem lecytyny w ustroju. Zużyte w nim ilości lecytyny nie zostają zastąpione przez świeże, w następstwie czego rozwijają się prawdopodobnie zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym, które dają klinicznie obraz choroby, zwanej wiądem. Chociaż później brak działania toksyny, to jednak znaczny, trudno dający się usunąć ubytek lecytyny, obok zaburzeń nerwowych w różnych narządach, wywołuje dalsze zmiany, a tem samem i postęp wiądu. Powyższe rozumowanie pozostaje jednak na razie przypuszczeniem, które powinno wszakże zachęcić do dalszych badań. *W. Kluger.*

Mühsam. **Kliniczna wartość serodyagnostyki przy kile.** (*Berlin. klin. Wochs.* Nr 1, 1908). Kliniczna swoistość odczynu Wassermanna jest niewątpliwą, t. zn., że ciała stwierdzane zapomocą tego odczynu, u człowieka istnieją tylko przy kile. Na 80 badanych przez M. przypadków, w 48 odczyn był dodatni. W 46 z nich można było kiłę niewątpliwie stwierdzić, w 2 pozostałych chodziło: w pierwszym o chorobę wątroby, w drugim przypadku sekcya nie wykryła zmian makroskopowych kiłowych. Natomiast w 10 przypadkach był odczyn dodatni bez równoczesnych zmian klinicznych. Dwa z nich dotyczyły kobiet, które wkrótce potem urodziły dzieci kiłowe. Wykrycie zatem jadu kiłowego w okresie jego klinicznego utajenia jest rzeczą wielkiej wagi. Dopóki nie będzie znanym przypadek, w którymby przy niewątpliwym braku kiły odczyn był dodatnim, dopóty musimy odczyn uważać za swoisty i świadczący o obecności czynnego jadu w ustroju. Co się tyczy odczynu ujemnego, to nie świadczy on jeszcze o nieobecności jadu kiłowego, występuje bowiem: w przypadkach wyleczenia, niejednokrotnie podczas samego leczenia rtęcią, (natomiast w pewien czas po leczeniu swoistem pojawia się odczyn dodatni), dalej, jeśli ciała wiążące komplementy jeszcze się nie wytworzyły. Stwierdzono, że u małp wytwarzanie tych ciał waha się, wzmaga się i obniża, a zatem i u człowieka może powstać odczyn ujemny właśnie w okresie zmniejszonego wytwarzania się wspomnianych ciał. Wreszcie równorzędnie do innych chorób zakaźnych przypuścić należy, że istnieją ustroje, które na niewątpliwe zakażenie kiłowe nie oddziaływają wogóle wytwarzaniem ciał swoistych. *Dr W. Kluger.*

Pototzky. **Kąpiele ręczno-nożne z bezwodnikiem kwasu węglowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 7, 1908). Kąpiele ręczno-nożne z bezwodnikiem kwasu węglowego (ciepłota około 32° C) nadają się do leczenia zboczeń w krążeniu krwi w kończynach, jak przy nawykowo zimnych rękach lub nogach, obfitem poceniu się, odmrożeniach, a także jako środek odciągający przy przekrwieniach mózgu, bezsenności, chorobach nerwów naczynioruchowych i t. p. Kąpiele ręczne oddają nieraz dobre usługi przy dychawicy i dusznicy bolesnej. W razie potrzeby wśród kąpieli lub potem należy stosować ochładzanie głowy. *K.*

Prof. K. Ritter. **Powstawanie odmrożeń i leczenie ich zapomocą sztucznego przekrwienia.** (*Münch. med. Woch.* Nr 19, 1907). Dotąd uważano przekrwienie żylne, występujące przy odmrożeniach, za szkodliwe i starano się je usuwać przez wysokie ułożenie kończyn. R. przeciwnie upatruje w tem przekrwieniu czynnik leczniczy i w tem przekonaniu stara się je nawet zwiększyć, stosując przekrwienie żylne zapomocą zastoiny, jakoteż i tętnicze zapomocą gorącego powietrza. Pierwsze, nadające się szczególnie do ostrych odmrożeń, stosuje się przez 6 do 12 godzin i powinno osiągać stopień obrzęków, drugie zaś stosuje się bardzo energicznie przy starych pęcherzach i wrzodach przez 3—14 dni po $^1/_2$—1 godziny. (U osób niedokrwistych przez 4—5 tygodni z początku 10—15 minut). Postępowanie to, jak R. się przekonał, nie zawodzi. *Nowaczyński.*

J. Milhit i L. Tanon. **Dwoinka wiewiórowa i dwoinka zapalenia opon.** (*Presse méd.* Nr 5, 1908). Od dawnych lat spostrzegali różni autorowie, przeważnie francuscy, powikłania mózgowordzeniowe w toku ostrego wewióra. W r. 1906 opisał Fürbringer przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w toku ostrego wiewióra, zakończony w 3 dni śmiercią. Nakłucie rdzenia w 2. dniu dało płyn surowiczo-ropny, a w nim znalazł autor ciałka wielojądrzaste, zawierające dwoinki, przypominające postacią najzupełniej dwoinkę wiewiórową, natomiast hodowle miały wejrzenie hodowli dwoinki Weichselbaumowskie. I wtedy już autor postawił sobie pytanie, czy w danym przypadku dwoinka wiewiórowa i dwoinka zapalenia opon nie stanowią jednego i tego samego mikroba. Tożsamości tych drobnoustrojów dowodził również i Pinto. Obecnie autorowie opisują nowy przypadek, jako przyczynek do tej sprawy. Oto spostrzegali oni młodzieńca 21-letniego, dotkniętego ostrym wiewiórem. Po trzech tygodniach nagle zatrzymał się wyciek z cewki i wystąpiły objawy ostrego zapalenia rdzenia *(poliomyelitis acuta anterior)*. Gdy chory pod wpływem leczenia z choroby rdzenia wyzdrowiał, zjawił się na nowo wyciek z cewki. W płynie mózgowordzeniowym znaleźli autorowie dwoinki Weichselbauma. Roztrząsając jednak tę sprawę dokładniej, dochodzą wreszcie do ostatecznego wniosku, że była to nie dwoinka zapalenia opon, ale dwoinka wiewiórowa. *Stahr.*

Klarfeld. **Włosowate świeczki z cyny.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 2). Świeczki włosowate z cyny mają tę zaletę, że się nie psują tak łatwo, są tanie, dają się wyjaławiać i przerabiać. Wyrabia je Jettes i Scheerer w Tuttlingen. *Klęsk.*

Prof. Kreibich. **Leczenie wrzodu wenerycznego i zapalenia gruczołów pachwinowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 2). Najlepszym sposobem leczenia wrzodów, usadowionych na napletku, jest zdaniem K. wycięcie, które jednak można stosować w tych tylko rzadkich przypadkach, w których wrzody znajdują się na brzegu wązkiego napletka. W innych przypadkach należy się wyrzec operacyi, gdyż rana po wycięciu wrzodu ulega z reguły zakażeniu i rozpadając się, przemienia się we wrzód jeszcze większy. Zadaniem leczenia jest ograniczyć

jaknajrychlej rozszerzanie się wrzodu. W tym celu trzeba się starać o oczyszczenie dna wrzodu, co można uzyskać przez usunięcie zakażonej chorobowo zmienionej tkanki, stanowiącej dno i najbliższe otoczenie wrzodu. Wynik wtedy jest pomyślny, jeżeli zniszczy się odrazu całą warstwę tkanki zajętej. W przeciwnym razie pod strupem tkanki zniszczonej rozpad postępuje dalej, a wskutek zatrzymania przez pokrywający strup wydzieliny wrzodu łatwiej następuje wessanie materyału zakaźnego przez naczynia chłonne. Ze środków żrących stosuje K. siarkan miedzi w laseczkach, któremi niszczy jednorazowo dno wrzodu. Do oddzielania strupa używa również tego środka w postaci przymoczek z rozczynu 1 : 1000. Po usunięciu strupa poleca K. posypywanie wrzodu jednym ze środków odkażających, z których najlepiej działa w leczeniu wrzodu wenerycznego jodoform. Gdy zaś okres ropienia ustąpił, stosuje K. przykładanie na kalikocie maści ołowiowej. W leczeniu ropnego zapalenia gruczołów pachwinowych stosuje K. w odpowiednich do tego przypadkach mieszankę 10 prc. jodoformowo-wazelinową, którą, po małem nacięciu zropiałego gruczołu i wypłukaniu rany, wstrzykuje po poprzedniem ogrzaniu jako płynną masę. *Stopczański.*

Daels. **W sprawie odczynu skórnego według Pirqueta przy rozpoznawaniu gruźlicy.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 2). Szczególną postać odczynu skórnego spostrzegał prof. Stadelman po szczepieniach Pirquetowskich. Ten odczyn, występujący po upływie dłuższego czasu w miejscu szczepienia, pod postacią guzka, a nazwany dlatego odczynem późnym, różni się od odczynu wczesnego w kierunku rozpoznania i rokowania. Guzek Pirqueta wczesny ma znaczenie rozpoznawcze dla gruźlicy, natomiast odczyn późny występuje głównie u zdrowych, rzadko zaś u tych osób, u których gruźlica istnieje, lub u których przypuszczać ją można. D. badał budowę tych guzków późnych, wziętych z materyału sekcyjnego w czterech przypadkach, w jednym zaś przypadku wycięto u zdrowego guzek w 21 dni po szczepieniu. Przy badaniu guzków wyciętych w 2 przypadkach, w których rozpoznanie sekcyjne stwierdziło gruźlicę, znaleziono następujący obraz: Odczyn tkanki w skórze w miejscu szczepienia był bardzo nieznaczny, natomiast poniżej tego miejsca w skórze i w tkance podskórnej znaleziono nagromadzenia limfocytów około naczyń i gruczołów potnych. Głębiej w tkance tłuszczowej znaleziono nieunaczynione guzki, składające się z szeregów komórek nabłonkowatych, grupujących się dookoła środkowej komórki olbrzymiej. W przypadku dotyczącym zdrowego osobnika, znaleziono również nacieki, składające się z komórek okrągłych dookoła naczyń i torebek włosowych, natomiast nie znaleziono wyraźnych komórek nabłonkowatych, ani olbrzymich. Na podstawie tych badań twierdzi D., że po szczepieniu tuberkuliny w skórę powstający guzek wczesny należy odróżnić od guzka późnego. Budowa tego późnego guzka równa się budowie typowego gruzełka, a taki późny guzek powstaje wskutek działania wszczepionych zabitych prątków gruźliczych, które zawiera tuberkulina. *Stopczański.*

## Położnictwo i ginekologia.

Kurdinowski. **O odruchowym wzajemnym stosunku między sutkami a macicą i o ważnem znaczeniu wpływów odruchowych w ogólności, tak pod względem fizyologii, jak i patologii macicy ciężarnej i nieciężarnej.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 2). Na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach przekonał się K., że skurcze macicy, wywołane mechanicznem drażnieniem brodawki sutkowej, nie są jego swoistem następstwem, gdyż każde podrażnienie obwodowe może również na drodze odruchowej wywołać skurcze macicy. U zwierząt, które w celu kontroli K. głęboko usypiał, wszelkie drażnienia pozostawały bez skutku. Liczne spostrzeżenia kliniczne każą przypuszczać, że stosunek tych wpływów odruchowych jest wzajemny, że więc i na odwrót wpływy drażniące, wychodzące z macicy, mogą się przenieść na inne narządy, nawet najodleglejsze. Jako przykłady przytacza K. objawy nerwowe, występujące często nawet przy zupełnie prawidłowej miesiączce; miałyby one być następstwem wpływów odruchowych, wychodzących z narządu rodnego, powiększonego przez dopływ krwi miesiączkowej. Nadto i te liczne objawy, występujące prawie w całym ustroju kobiety, niemal w przebiegu każdej ciąży, jak nudności, wymioty, różnego rodzaju nerwobóle, powiększenie gruczołu sutkowego, tarczowego, wzmożona pobudliwość narządów zmysłowych, miałyby w znacznej części zależeć również od czynników drażniących, przenoszonych na drodze odruchowej z ciągle powiększającej się macicy, wywierającej równocześnie ucisk na sąsiednie narządy i nerwy. Także i zmiany, występujące w ustroju w przebiegu niektórych chorób macicy, należy, zdaniem K., tłómaczyć również wpływem odruchowym, wychodzącym z macicy, n. p. zmiany w sutkach (wydzielanie) i gruczole tarczowym przy mięśniakach macicy, liczne objawy nerwowe (histerya) przy zmianach zapalnych przewlekłych i zmianach położenia macicy i t. p. *Dr E. Ehrenpreis.*

Kehrer. **Znaczenie żółtaczki w ciąży dla matki i dla dziecka.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81, z. 1). Bardzo rzadką formę żółtaczki, występującej w odstępach 4-tygodniowych, równocześnie z miesiączką lub też zamiast nich, opisał pierwszy Senator pod nazwą żółtaczki miesiączkowej (*icterus menstrualis*); towarzyszą jej zwykle pewne przypadłości ogólne i świąd skóry, a w moczu dają się wtedy stwierdzić kwasy i barwiki żółciowe; stolce są lekko acholiczne. Żółtaczka taka trwa kilka dni, poczem zwykle następuje zupełny powrót do zdrowia, a może się ona pojawić tak u osób młodych, jakoteż u kobiet w okresie przejściowym. Przyczyna dotychczas nieznana. Nie wiele więcej wiemy o żółtaczce, występującej w przebiegu ciąży. Autor rozróżnia tu żółtaczki przypadkowe (nieżytowe na tle kamicy i i.) i żółtaczki pozostające w bezpośrednim związku z ciążą; te drugie stara się wytłómaczyć zatruciem, wywołanem przez wytwory przemiany materyi płodu, albo przez substancye wytwarzane przez łożysko, które to substancye, dostawszy się do ustroju matki, mają wśród pewnych warunków wywoływać żółtaczkę. Czasem może żółtaczka przejść w ciężką postać t. z. ostrego zaniku wątroby; wtedy należy przyjąć dodatkowe działanie mikrobów, dotychczas nam nieznanych. Znaczenie żółtaczki ciążowej dla matki polega na skłonności do t. zw. krwawień żółciczych (cholemicznych), na bezsenności z powodu silnego czasem świądu, na wychudnięciu z powodu braku łaknienia i ciągłej biegunki, na ciężkich nieraz schorzeniach nerwowych, na niebezpieczeństwie łatwiejszego zakażenia i trudnego gojenia się ran, powstałych na skórze w następstwie drapania się. W jednym przypadku wywołała żółtaczka ciążowa zapalenie nerwów i zmięknienie kości, które to sprawy dają się w ten sposób wytłómaczyć, że kwasy żółciowe, krążąc dłuższy czas we krwi, rozpuszczają sole wapniowe w kościach i wywołują przemiany wsteczne w nerwach. Dla płodów może żółtaczka być wprost zgubną, o ile bardzo często wywołuje poród przedwczesny, szczególnie przy postaci nawrotowej. Na 30 takich porodów (u 8 ciężarnych) tylko 11 płodów pozostało przy życiu. W przebiegu żółtaczki nieżytowej i ostrego żółtego zaniku wątroby giną płody często w łonie matki: na 57 przypadków stwierdzono śmierć płodu w macicy 45 razy, co tłómaczy się, podobnie jak i inne zmiany w jaju płodowem (żółtaczkowe zabarwienie łożyska, wód płodowych i błon) obecnością kwasów żółciowych, które dostawszy się przez łożysko do krwi płodu, rozpuszczają krwinki czerwone. Fukulara tłómaczy nadto skłonność do krwawień tem, że zmieniony skład krwi wywołuje zmiany w ścianach naczyniowych. Postępowanie w przypadkach żółtaczki ciążowej zależy od postaci, nasilenia i czasu trwania choroby. I tak jeżeli żółtaczka nieżytowa nie trwa dłużej, niż dwa tygodnie, wystarczy zalecić odpowiednią dyetę (jak najmniej tłuszczów), wodę karlsbadzką, zupełny spokój, a nadto z leków rzewień, podofilinę i t. p. Jeżeli natomiast żółtaczka trwa już dłużej aniżeli 2—3 tygodni, a nawet się wzmaga, to o ile płód już jest zdolny do życia pozamacicznego, należy ciążę przerwać. Ciążę należy przerwać także wtedy, jeżeli występują krwawienia żółcicze (cholemiczne), a z powodu ciągłych biegunek szybkie i gwałtowne wychudnięcie, a nadto także przy ciężkich stanach rozdrażnienia psychicznego. Przy ostrym zaniku wątroby należy zawsze ciążę przerwać. Przy żółtaczce wywołanej kamicą, można myśleć o wykonaniu operacyi (cholecystostomii), którą ciężarne wcale dobrze znoszą. Przy powrotnej postaci żółtaczki, gdy żółtaczka pojawia się u tej samej kobiety w przebiegu każdej ciąży i to zwykle w tym samym czasie (7 m. c.), należy działać zapobiegawczo, a jeżeli mimo kilkakrotnego leczenia karlsbadzkiego żółtaczka znowu w przebiegu ciąży powraca, należy zalecić środki ochronne celem uniknięcia zastąpienia. Matki takie dzieci swych karmić nie mogą. *Dr E. Ehrenpreis.*

Scheffeck. **W sprawie ciąży zewnątrzmacicznej i ciąży w rogu szczątkowym.** (*Arch. f. Gyn.* t. 83 Z. 2). Scheffeck opisuje kilka wypadków ciąży zewnątrzmacicznej. W jednym nawet wśród operacyi z wielkim trudem można było stwierdzić siedzibę płodu. W reszcie badanie histologiczne wykazało ciążę jajowodową i jajnikową, gdzie brzuszny koniec jajowodu dopiero wtórnie przylepił się do pierwotnie jajnikowego worka płodowego, co i podług Schrödera częściej się przydarza. Płód donoszony waży 2500 gr. Strzępków uważać tu za pierwotną siedzibę płodu nie można. Przy ciąży na strzępkach spostrzegano dotąd przerwanie ciąży najpóźniej w 5-ym miesiącu. W przypadku S.

była ciąża jajowodowa międzyblaszkowa, gdzie jajo stopniowo torowało sobie drogę w jajowodzie, rozpychając jednocześnie blaszki więzadła szerokiego. Cięcie brzuszne, płód donoszony 2700, zmiękniały. Przypadek 3: Ciąża donoszona w rogu dodatkowym macicy. W rogu wód płodowych mało, ściana mięsna ma 2 mm. grubości, pępowina 18 cm długości, łożysko na dużej przestrzeni. W miarę rozwoju wytworzyło się skutkiem braku miejsca spłaszczenie łożyska, zgniecenie pępowiny, obumarcie ściany mięsnej, płód więc musiał obumrzeć. Przebieg ciąży bez zaburzeń aż do obumarcia płodu. W 4-tym przypadku była ciąża w zamkniętej połowie macicy dwudzielnej (*uterus bilocularis*). (3-ci przypadek w piśmiennictwie). Śmierć płodu poprzedziło tu pęknięcie worka o 8 tygodni. Do powstania pęknięcia przyczyniło się ostatecznie sondowanie. Druga część macicy prawidłowa. W przypadku 5-tym krwiak w rogu dodatkowym. Róg dodatkowy czasem miesiączkuje, wtedy powstaje krwiak; czasem znów nie miesiączkuje i wtedy może w nim umieścić się ciąża. Sänger uogólnił to w ten sposób: zapłodnienie może nastąpić tylko przy zupełnym braku miesiączki w rogu. Błona śluzowa po części wchłania wylaną krew, ale potem skutkiem zaniku traci tę własność. Wtedy powstają stałe krwiaki, a przy każdej miesiączce wskutek wzmożonego napięcia ścian bolesność. W preparacie Scheffecka znajduje się po stronie rogu niedokształcony jajowód; jajnik jest prawidłowy. *A. Markowa.*

Prof. Leopold i Konrád. **W sprawie wartości sztucznego porodu przedwczesnego.** (*Arch. f. Gyn.* t. 81 z. 3). Na podstawie bardzo obfitego materyału klinicznego starają się L. i K. udowodnić, że zarzucenie zasadnicze porodu przedwczesnego na korzyść cięcia łonowego, przyłonowego i cesarskiego, jest ze stanowiska praktycznego bardzo szkodliwe. Wszystkie te operacye bowiem zagrażają matce znacznie większem niebezpieczeństwem, aniżeli odpowiednio przeprowadzony poród przedwczesny, a przecież życie matki należy zawsze wyżej cenić, aniżeli życie dziecka. Odpowiedni dobór przypadków odgrywa tu największą rolę. U pierwiastek nie należy nigdy wzniecać porodu przedwczesnego; tu tylko postępowanie wyczekujące jest odpowiednie. Natomiast u wieloródek, które na czasie zawsze rodziły bardzo ciężko, a których dzieci przychodziły na świat nieżywe lub wkrótce umierały, wzniecenie porodu przed końcem ciąży — najlepiej w 36-tym tygodniu — oddaje znakomite usługi, a szczególnie w przypadkach miednic ogólnie ścieśnionych z dolną granicą sprzężnej praw. 8 ctm., w przypadkach miednic płaskich krzywiczych i ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych z dolną granicą sprzężnej praw. $7^3/_4$—$7^1/_2$ ctm. Ze sposobów, używanych do wzniecenia porodu, najlepszem okazało się rozszerzanie szyjki za pomocą przyrządu Bossiego z następowem założeniem balonu do macicy i to głównie w przypadkach miednic płaskich, a świeczka (*bougie*) w przypadkach miednic ogólnie ścieśnionych. Gdy przy tych drugich należy o ile możności czekać na poród samorodny, to przy miednicach płaskich najlepsze wyniki daje obrót i wydobycie płodu. 84 wieloródek, u których wzniecono poród przedwczesny, rodziło przedtem wogóle 212 razy, przyczem 170 dzieci (=62·5%) urodziło się nieżywo; obecnie urodziło się tylko 13 dzieci nieżywo (=15·5%), a żywych 71 (=84·5%); po 10 dniach opuściło klinikę 58 żywych dzieci (=69%). Gorączkowało — choćby tylko przejściowo — 24 matek (=28·5%); jedna umarła (=1·2%). Również i zarzut, jakoby dzieci przedwcześnie urodzone rzadko tylko przeżyły pierwszy rok życia, okazał się na podstawie wiadomości, zasięgniętych u 45 matek, bezpodstawny, gdyż z tych 45 dzieci tylko 11 (=24·4%) zmarło w pierwszym roku życia, t. j. tyle, ile średnio zmiera wszystkich dzieci urodzonych na czasie; przy życiu pozostało więc 34 dzieci (=75·6%). *Dr E. Ehrenpreis.*

Bab. **Bakteryologia i biologia kiły wrodzonej.** (*Zeitschrift f. Gyn.* t. 60 Z. 2). Bab, uznający krętka bladego za przyczynę kiły, nie zgadza się z twierdzeniem Krzyształowicza i Siedleckiego, jakoby istniały różne postacie krętka, mikro- i makrogamety i płciowe rozmnażanie się. Sądzi on, że postać krętka jest zawsze jedna i ta sama, a rozmnażanie się następuje przez rozszczepianie. Trudno mu uwierzyć w przenoszenie krętka przez plemnik lub jaje, jeżeli się zważy, że krętek jest 3 razy dłuższy od głowy plemnika (10—15:3—5μ). Tak samo obecność jego w nasieniu wylanem i wnikanie jednoczesne z plemnikiem do jaja musiałyby przeszkadzać prawidłowemu rozwojowi jaja. I istotnie dotąd krętka w nasieniu nie wykryto. Gdyby istniały przetrwalniki krętków, sprawa byłaby jaśniejszą. Levaditi znalazł w jajach kury krętki podobne do krętków bladych, stąd jednak żadnych analogii wyprowadzać nie wolno.

Przy pomocy sposobu Levaditiego, polegającego na impregnacyi srebrem, znaleziono Schaudinowski krętek we wszystkich narządach płodów przy kile dziedzicznej. Co do pierwotnego pojawiania się krętka u płodu, to należałoby badać jaja i płody bardzo młode, ale o materyał taki trudno, gdyż przerwanie ciąży następuje przeważnie w drugiej połowie ciąży. Bab myśli nawet w celu uzyskania takiego materyału o usprawiedliwieniu poronień sztucznych u osób kiłowych stale roniących.

Stałość postaci każe wnosić o elastyczności krętka bladego i mocnem usadowieniu jego w tkance, dlatego w preparacie uzyskanym przez pociągnięcie miałoby być krętków mniej, niż w skrawkach tkanki. Jednak i tu już je znaleziono. Ruch krętka jest śrubowaty, gdyż widziano go żywego we krwi kiłowego dziecka. Najlepiej zdaje się krętek żyć i rozmnażać w tkance łącznej. Bab i Nadra stwierdzili, że pod wpływem rtęci i sublimatu 5% krętek znika najzupełniej. Stąd wniosek o powinowactwie krętka do Hg i Ag, przyczem powstaje prawdopodobnie zresztą niewidzialny Ag Cl, wzgl. Hg Cl.

Przeszczepianie krętka udaje się na małpy i króliki. U małp udaje się przy zaszczepieniu do jądra. Gdyby stwierdzono swoiste powinowactwo między tkanką jądra a krętkami, byłoby to ważne dla sprawy dziedziczenia kiły po ojcu. Z przeszczepiania na małpy możnaby skorzystać dla sprawdzenia prawa Collesa i Prophety, t. j. dla rozróżnienia odporności na kiłę utajoną. Dotychczasowe badania każą przypuszczać, że możliwe jest zakażenie kobiety w obrębie całego narządu rodnego i że jad przez jajowody może wnikać do jamy otrzewnej.

Część serobiologiczna badań Baba polega na pomysłowej metodzie odchylenia komplementu. Polega ona na następującej zasadzie: Macica zwierzęcia A, któremu kilkakrotnie wstrzyknięto krew B, nabiera w stosunku do B. własności hemolitycznych, to znaczy rozpuszcza ciałka czerwone B. Po ogrzaniu do 56° surowica A traci tę własność, zostaje zobojętniona, a przez dodanie jakiejkolwiekbądź obojętnej surowicy odzyskuje ją. Stąd wniosek, że hemoliza polega na obecności 2 ciał: ciepło-odpornego i ciepło-podatnego, które niszczy już 56°, ale które za to istnieje w każdej surowicy. Pierwsze nazywamy amboceptorem, drugie komplementem. Komplement ma grupę chwytną do połączenia chemicznego z amboceptorem i grupę zymoforową, od której zależą własności lityczne. Amboceptor znowu ma dwie grupy haptoforowe, z których jedna służy do połączenia z komplementem, druga z molekułem czerwonej krwinki. Jeżeli teraz inne ciało odchyli komplement od tej całości, przyciągnąwszy go do srebra, to hemoliza nie następuje. Takiemi ciałami przyciągającemi są antygeny, czyli wytwory bakteryi i ich anty-ciała, t. j. ciała ochronne. Jeżeli ciało ochronne odpowiada amboceptorowi, komplement zostanie odchylony i hemolizy nie ma. W danym przypadku antygeny, to kiłowe ciała chorobotwórcze. Jeżeli hemoliza nie wystąpi po dodaniu antygenu, to i w próbówce było ciało ochronne i odwrotnie. Sposób ten może mieć ogromne znaczenie rozpoznawcze, jest kontrolą dla badania bakteryologicznego i stwierdza n. p., że łożysko zawierające krętki w niewielkiej ilości ma dużo antygenu. Badanie antygenu mogłoby być równie sprawdzianem dla prawa Collesa i Prophety.

Metodę tę stosował Bab przy badaniu mleka matek. Znalazł on w niem u kobiet kiłowych ciała ochronne, z czego wynika, że matka dotknięta kiłą powinna karmić swe dziecko, gdyż w ten sposób wraz z pożywieniem podaje mu niejako lekarstwo; w każdym razie karmicielka dziecka kiłowego powinna być dotknięta kiłą. Również kiłowe dziecko zdrowej matki powinno być oddane karmicielce chorej na kiłę. Zdrowe dziecko matki kiłą dotkniętej, o ile nie można na zasadzie obecności ciał ochronnych stwierdzić bezwzględnie jego odporności, powinno być żywione sztucznie, gdyż wtedy napewno uniknie zakażenia siebie lub zdrowej karmicielki. O ileby się jeszcze pojawiła kiła późna, zawsze można powierzyć je karmicielce kiłą dotkniętej. To doprowadzanie ciał ochronnych jest niesłychanie ważne, gdyż ustrój dziecka nie może uodpornić się czynnie. Dowodem tego jest olbrzymia ilość krętków u płodu i rozmiary sprawy kiłowej. Płód w porównaniu z noworodkiem ma się o tyle lepiej, że do czasu przynajmniej chroni go łożysko. Przy badaniu narządów Bab spostrzegł, że w miarę rozwoju marskości narządów liczba krętków się zmniejsza. Zatem to, co jest chorobą w pojęciu anatoma patologicznego, jest właściwie sprawą leczniczą. Bab przytacza zestawienie odsetkowe narządów, w których znajdował krętka. Były to zawsze płody wymiękłe. B. spotykał jednak i takie płody, gdzie przy bezwzględnie pewnej kile jednego z rodziców nie znajdował krętków. Jeżeli więc istotnie krętek wywołuje kiłę, to jest to zagadnieniem bardzo ciekawem. Można tu przypuszczać: 1) ukryte ogniska krętków w szpiku kostnym; 2) zniszczenie

krętka przez energiczne leczenie rtęciowe, kiedy dziecko mogły zabić toksyny. Thalman twierdzi, że toksyny te usuwa z ustroju tylko jod, stąd wniosek, że dla otrzymania zdrowego dziecka należy ciężarną leczyć i rtęcią i jodem. 3) Może też jad wywołać w łożysku niedrożność naczyń i uduszenie się dziecka. 4) Albo też były tam tylko przetrwalniki.

Co do czasu trwania kiły u rodziców, to kiła u ojca trwała najdłużej 18 lat, u matki 8. Na leczenie matek rtęcią zapatruje się B. wogóle sceptycznie.

Na zasadzie swych badań przyjmuje Bab dziedziczenie kiły tylko na drodze łożyska, odrzucając natomiast znaczenie zakażenia za pośrednictwem nasienia, prawo Collesa, »choc en retour« i t. d., choć zupełnie z temi pojęciami, stwierdzonemi przez długotrwałe doświadczenie kliniczne, nie zrywa jeszcze. Możliwą jest rzeczą, że nasienie, przechodząc przez zakażone jądro, gruczoł krokowy lub cewkę, zakaża narządy wewnętrzne i otrzewnę. Wtedy dziedziczenie po ojcu jest pośrednie, a udział matki nie da się wyłączyć. Zakażenie na drodze łożyska przy kile wrodzonej należy zawsze brać na uwagę, gdyż choć łożysko jest złą pożywką dla mikrobów, przepuszcza je jednak w małej ilości, a one potem nader szybko mnożą się w ustroju płodu. Łożysko umieszczone nakształt gruczołu chłonnego między matką a dzieckiem, ma chronić je, ale ochrona ta na czas dłuższy nie wystarcza. *A. Markowa.*

## Pedyatrya.

K. Daszkiewicz. **Kompres własnego pomysłu na klatkę piersiową u dzieci.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 2). Gdy u małych dzieci wystąpi wskazanie do stosowania kompresu wysychającego na klatkę piersiową, zaleca D. następujący sposób: zrobić z barchanu dla danego dziecka dość luźny kaftanik bez rękawów (t. zw. staniczek), rozpruty na barkach i na boczkach, czyli składający się z dwu części, przedniej dla przykrycia piersi i tylnej na plecy. Tego samego kształtu kaftanik wycina się z batystu Billrotha i zszywa na brzegach z kaftanikiem barchanowym. Taki podwójny kaftan macza się we wodzie, wykręca, odziewa nim dziecko i zawiązuje po bokach na tasiemki. Na wierzch przychodzi jeszcze kaftan, zrobiony z jednego kawałka waty niehigroskopijnej, który można opaską lekko przyciągnąć. Zalety tego kompresu mają być następujące: 1) Wskutek szczelnego zamknięcia wilgotnej części jego nie wysycha kompres taki nieraz i w ciągu kilku godzin. 2) Wilgotna część kompresu nie wysuwa się z pod ceratki, jak to bywa przy zwykle stosowanym sposobie. 3) Dziecko może chodzić w takim kompresie i mimo to trzyma się on doskonale. 4) Unika się zbyt silnego ucisku przy bandażowaniu i nie krępuje się ruchów oddechowych dziecka. 5) Użycie powierzchownego stanika z waty niehigroskopijnej ma tę zaletę, że jest ona puszystsza i sprężystsza i wreszcie, jako niehigroskopijna, nie przemaka wodą z kompresu. *Pisarski.*

J. Peiser. **Płuco jamkowate (Wabenlunge) w wieku niemowlęcym.** (*Monatschr. f. Kinderh.* T. VI, Nr 3, 1907). Zmianę tę spostrzegał P. u 8-tygodniowego oseska, przyjętego do kliniki z zapaleniem płuc, zmarłego po 14-dniowej chorobie. Przy sekcyi, dokonanej po poprzedniem nastrzykaniu zwłok formaliną, znaleziono płuco prawe powiększone, zawierające wiele ognisk zapalnych i jam, zwłaszcza w częściach tylnych; niektóre podchodziły tuż pod opłucną. Jamy były kuliste, często podzielone przegrodami, miały własną delikatną, lśniącą ścianę i zawierały treść ropiastą. Przez badanie mikroskopowe stwierdzono, że jamy te są rozszerzonemi oskrzelkami, w wielu miejscach wysłanemi jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym migawkowym. Niektóre jednak z jam uważa P. za ogniska zapalne, które uległy zropieniu: ścianę ich tworzyła błona ropotwórcza. Opisane rozszerzenie oskrzelików ma być sprawą wrodzoną. *Bujak.*

Z. Bychowski. **O zachowaniu się niektórych ścięgnowych i skórnych odruchów u dzieci w pierwszym roku życia.** (*Medycyna i Kronika lekarska*, 1908, Nr 2 i 3). B. postanowił zbadać, czy u noworodka istnieją odruchy, napotykane u prawidłowych ludzi dorosłych, a jeżeli nie, czy daje się zauważyć jakaś prawidłowość przy ich występowaniu. Dane o tem są w piśmiennictwie skąpe i niedokładne i po większej części nie uwzględniają dokładnie wieku dziecka. Stosunkowo najwięcej znane jest zachowanie się odruchu kolanowego u dzieci, inne odruchy uwzględniano tylko w małej mierze. Materyał autora obejmuje 100 dzieci. Badał on odruch kolanowy, odruch ścięgna Achillesa, a ze skórnych brzuszny i jądrowy. B. pomija wyniki badań nad odruchem podeszwowym, ponieważ otrzymywał przy drażnieniu podeszwy zjawiska ruchowe bardzo złożone. Tylko zdrowe i dobrze wyglądające dzieci były przedmiotem badania; badanie odbywało się w dobrze oświetlonych salach; unikano badania podczas snu i płaczu. Dzieci powyżej roku nie uwzględniano, gdyż u nich znajdował B. zawsze wszystkie odruchy wykształcone. U dzieci zatem zupełnie małych spostrzegał B. stałą obecność odruchu kolanowego, który jest tu żywszy, niż u dorosłych; co więcej, zauważano kilka razy występowanie odruchu kolanowego konsensualnego, t. j. przy wywoływaniu odruchu na jednej nodze, występował on równocześnie i na drugiej. Odruch ścięgna Achillesa występuje w pierwszem półroczu życia dziecka bardzo rzadko; B. znalazł go na 64 badanych dzieci tylko 4 razy; po przekroczeniu 6 miesięcy staje się on coraz częstszym, a po roku znaleźć go można u wszystkich dzieci. Co do odruchu brzusznego, to na 22 dzieci między 4—5 a 10 miesiącem życia, odruchy brzuszne można było wywołać w 9 przypadkach, t. j. 41 prc.; z tego wynika, że odruchy brzuszne zjawiają się dopiero stopniowo w ciągu życia pozapłodowego, u ludzi bowiem dorosłych i zdrowych są one zjawiskiem stałem. Odruch jądrowy można było po 4. miesiącu życia zawsze stwierdzić; był zwykle żywy, a podrażnienie z jednej strony wywoływało często odruch z obydwóch stron. *Pisarski.*

Bernheim-Karrer. **Gnilec niemowlęcy po żywieniu homogenizowanem berneńskiem mlekiem alpejskiem.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 17). Pomimo częstego sztucznego odżywiania nie zdarzała się w okolicy, skąd zgłaszają się chorzy do autora, choroba Barlowa; nagle pojawił się jednak liczny szereg takich przypadków. U chorych dzieci znajdowano jedną lub obie dolne kończyny lekko zgięte w kolanie i biodrze, tkliwość przy ucisku na dolną nasadę kości udowej i przy biernem wyprostowaniu, obrzmienie i zasinienie dziąseł, silne podbiegnięcie. Przy podawaniu surowego mleka i soku cytrynowego wracały dzieci rychło do zdrowia. Przyczynę choroby upatruje B.-K. w t. zw. homogenizacyi mleka, która jest postępowaniem bardzo złożonem. Jakie przytem powstają substancye trujące, niewiadomo, być jednak może, że są one pochodzenia bakteryjnego. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Hoeppe. **W sprawie choroby Hirschsprunga.** (*Monats. f. Kinderh.*, 1808, I). Chodziło o przypadek typowy. Trudność w oddawaniu stolca pojawiła się zaraz po urodzeniu. Brzuch był znacznie powiększony. Dnia 20. po urodzeniu pojawiły się wymioty kałowe. Badanie palcem stwierdziło skurcz zwieraczy odbytu, także zwieraczy wysoko położonych. Po przezwyciężeniu oporu zwieraczy palcem, oraz zgłębnikiem i rozszerzeniu odbytnicy stolec odszedł, stan szybko się poprawił, a potem stolec przez jakiś czas odchodził samorodnie. Jeśli jednak przerwano systematyczne rozszerzanie odbytnicy, cały zbiór objawów znowu powracał. Ostatni napad skutkiem zaniedbania skończył się wytworzeniem się załamania pętli esowatej, przedziurawieniem jej i ogólnem zapaleniem otrzewnej. Po wytworzeniu się załamania nie można już było stwierdzić skurczu zwieraczy. K. w opisach przebiegu wielu przypadków choroby Hirschsprunga znajduje wskazówki, że i w nich także rozwinęła się sprawa na tle skurczu zwieraczy odbytu. Ma to ważne znaczenie dla leczenia. Przeciwwskazane są wszelkie środki, pobudzające skurcz (gliceryna, czopki mydlane, kalomel), a wskazane zwalniające: makowiec, wilcza jagoda, atropina, mechaniczne rozszerzenie odbytu palcem lub zgłębnikiem, wprowadzanie oliwy. *L.*

Cramer. **Przyczynek do dyetetyki wcześniaków.** (*Monatschr. f. Kinderheilk.*, 1908, I.). Za przykładem Czernego i Kellera zastosował C. u trojga dzieci niedonoszonych, ważących 1550—1770 gr., karmienie rzadkie, 5—6 razy na dobę. Ilość przyjętego na raz pokarmu wynosiła w pierwszym tygodniu 10—35 $cm^3$, a ilość kaloryi na 1 kg. ciała i na dobę około 30, mimo to stwierdzono dość znaczny wzrost ciężaru ciała, co C. tłómaczy głównie zatrzymaniem wody. Dopiero w drugim tygodniu można podać większe ilości pokarmu, współczynnik energijny (ilość kaloryi na 1 kg. wagi ciała i dobę) nie powinien jednak wznieść się znaczniej nad 100 kal. Ilości 120—130 kal., polecane przez Oppenheima, uważa C. za niedozwolone, jako wiodące z reguły do zaburzeń w odżywianiu. Małe ilości, polecane przez C., wystarczyć mogą oczywiście tylko wtedy, jeżeli się dziecko uchroni od utraty ciepła (wylęgarki, obłożenie kamionkami z ciepłą wodą). Jeżeli dziecko samo nie ssie, należy pokarm odciągać i podawać z flaszki. Podawanie pokarmu, choćby w małych ilościach, powinno się zacząć już od pierwszego dnia. *L.*

Arzt i Boese. **O zapaleniu opon mózgowych na tle paratyfusu u osesków.** (*Wien. klin. Wochens.*, 1908, Nr 7). Badania autorów wykazały, że zakażenia paratyfusem istnieją już u osesków, wychodzą z przewodu pokarmowego i wiodą do

bakteryemii. Zwłaszcza kładą A. i B. nacisk na to, że prątki paratyfusu mogą wywołać włóknikowo-ropne zapalenie opon mózgowych. Ilość zapaleń opon mózgowych u osesków powstałych na tle zakażenia paratyfusem i prątkiem okrężnicowym jest dość znaczna, a zdaniem A. i B. liczba takich przypadków przy zastosowaniu wszystkich nowoczesnych sposobów bakteryologicznych i serodyagnostycznych okaże się znacznie większą.

*Dr Blassberg.*

T. Kopeć i St. Zembrzuski. **O metodzie Pirqueta w zastosowaniu u dzieci.** (*Gaz. lek.*, 1908, Nr 2). Autorowie szczepili ogółem 251 dzieci, w tej liczbie 198 osesków do roku, a 53 w wieku do lat dziesięciu. Na 198 osesków otrzymali odczyn w jednym, przy powtórnem szczepieniu — jeszcze w jednym przypadku; czyli na 198 szczepień otrzymano 2 razy odczyn. Na 35 sekcyonowanych przypadków znaleziono gruźlicę cztery razy. Z tych 4 przypadków tylko w jednym (*leptomeningitis tbc.*) był odczyn na tuberkulinę za życia, trzy następne (1. *degeneratio caseosa gland. bronch.*, *enteritis tbc. ulcerosa*, *tbc. miliaris*, *leptomening. tbc.* 2. *bronchopneum. tbc. dextr*, 3. *degeneratio caseosa gland. mesenterial.*, *entertitis tbc.*) nie dawały odczynu za życia. Dzieci starszych do lat 10 szczepiono 53, z tego 14 oddziaływało bądź za pierwszym, bądź za drugim razem. Jeżeli za pierwszym razem występował odczyn, to spostrzegano go także przy powtórnem szczepieniu. Stały i najsilniejszy odczyn bywał u dzieci zołzowatych. Cztery razy pomimo klinicznie stwierdzonej gruźlicy odczyn nie wystąpił. Na 6 sekcyonowanych przyp., w których za życia odczynu nie było, 2 razy stwierdzono gruźlicę. Na podstawie swoich doświadczeń twierdzą autorowie, że pomiędzy gruźlicą a odczynem Pirqueta istnieje z pewnością związek wzajemny, że jednak wartość kliniczna tego odczynu jest dzisiaj nader mała, bo nietylko wynik ujemny nie pozwala wyłączyć gruźlicy, ale nawet wynik dodatni nie daje pewności istnienia gruźlicy. *Pisarski.*

W. J. Moltschanoff. **Leczenie płonicy surowicą Mosera.** (*Jahrb. f. d. Kinderh.*, B. 16, Z. 5). Badanie nad działaniem surowicy Mosera przeprowadził M. na 42 przypadkach w uniw. klinice chorób dzieci w Moskwie, używając surowicy, sporządzonej według metody Mosera w miejskim zakładzie bakteryologicznym w Moskwie, i to tak zwanej jednowartościowej (monovalentes Antischarlachserum). Wstrzykiwał surowicę w ilości 200 cm w przypadkach poważnych. Zdaniem M. wywołuje surowica w większej części przypadków spadek ciepłoty, któremu też towarzyszy polepszenie stanu podmiotowego (jak również tętna, oddechów i objawów nerwowych). Twierdzić jednakże nie można, by surowica wywierała pewny wpływ na całą sprawę płoniczą: działanie lokalne na gardło prawie żadne; ewentualnym powikłaniom nie zapobiega, cały przebieg choroby nie zdaje się skracać w przypadkach, gdzie zastrzykiwano surowicę, w porównaniu z przypadkami, gdzie jej nie stosowano. Surowicę, zdaniem M., należy jednak wstrzykiwać tylko w przypadkach mniej lub więcej poważnych, gdzie występują na plan pierwszy objawy zatrucia, i to najdalej dnia czwartego. Mała ilość spostrzeganych przez M. przypadków nie uprawnia do stanowczych wniosków. *Dr W. Filipkiewicz.*

B. A. Egis i N. J. Langovoy. **Surowica Mosera jako środek leczniczy w płonicy.** (*Jahrbuch. f. d. Kinderh.*, T. 16, Z. 5). Doświadczenia nad działaniem surowicy Mosera przeprowadzali autorowie równocześnie w 2 szpitalach w Moskwie na 400 dzieciach, dotkniętych płonicą. Stosowali surowicę Moserowską (wyrobioną w miejskim zakładzie bakteryologicznym w Moskwie) tylko w przypadkach mniej lub więcej cięższych i to najdalej dnia czwartego. Z poważnej tej liczby spostrzegauych klinicznie przypadków wynika, że przy stosowaniu surowicy Mosera spadł odsetek śmiertelności w przypadkach mniej lub więcej cięższych z 47·4 na 16·1. Dopóki nie ma metody dawkowania surowicy, należy wstrzykiwać zależnie od wieku 100—150—200 cm w pierwszych 3 dniach, najdalej zaś dnia czwartego. Zapobiegawczo wstrzykiwali autorowie surowicę w 23 przypadkach w ilości 25 do 50 cm. Część tych dzieci dostała mimo to płonicy. Działanie surowicy jest antytoksyczne. Ciepłota spada tem prędzej, im wcześniej surowicę wstrzyknięto, zwłaszcza w przypadkach nie powikłanych. Na ewentualne powikłania surowica nie wpływa. W przypadkach równoczesnej płonicy i błonicy przy wstrzykiwaniu surowicy Mosera i surowicy przeciwbłoniczej skutek leczniczy bywa bardzo znaczny. Ujemną stroną surowicy Mosera jest: 1) stosunkowo znaczna ilość, potrzebna do wstrzyknięcia, 2) swoiste powikłania, które często wywołuje, 3) wreszcie ta okoliczność najważniejsza, że siła jej lecznicza (zawartość antytoksyn) bywa rozmaita, a to zależy od indywidualności konia, z którego surowica pochodzi; wypróbowanie zaś danej seryi odbywać się musi na chorym. *Dr W. Filipkiewicz.*

Henryk Lehndorff. **O podściółce tłuszczowej Bichata u osesków.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 16, Z. 3). Podściółka tłuszczowa Bichata zawiera stale mniej jodu, niż inne podściółki tłuszczowe tego samego osobnika; zawiera więcej kwasów tłuszczowych o wyższem (kw. palmitynowy i stearynowy) mniej o niższym stopniu topliwości. Przy wyniszczeniach zanika bardzo późno. Pod względem jej znaczenia fizyologicznego zgadza się L. ze zdaniem Gehebego i Rankego, to jest, że podściółka ta leżąc na m. policzkowym (*m. buccinator*) przeszkadza przy akcie ssania zapadaniu się słabo rozwiniętego tegoż mięśnia wraz z policzkiem między szczęki, a zwłaszcza przy ujemnem ciśnieniu w jamie ustnej. *Dr W. Filipkiewicz.*

T. Oberwarth. **Zęby Hutchinsonowskie a kiła wrodzona.** (*Jahrb. f. d. Kinderh.* T. 16, Z. 3). Na podstawie 27 przypadków dochodzi O. do wniosku, że wbrew zapatrywaniom niektórych autorów są zęby Hutchinsonowskie wybitnym objawem kiły dziedzicznej. W 24 bowiem przypadkach była ona udowodnioną, w 3 zaś była prawdopodobną. *Dr W. Filipkiewicz.*

## Okulistyka.

Wirsing. **Zatrucie ołowiem, a choroby oczu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 45). Przypadki ołowicy w połączeniu z zaburzeniami wzroku są wogóle rzadkie; przypadek autora jest tem rzadszy, że po jednorazowem zażyciu minii (przez pomyłkę, zamiast sody) wystąpiły objawy zatrucia późno, bo dopiero po dwu miesiącach pojawiały się z przestankami; dalej dlatego, że w mięśniach kończyn nie było żadnych zmian, gdy natomiast ogólne objawy zatrucia były silne; kolka ołowicza usadowiła się w okolicy woreczka żółciowego, co dlatego jest ciekawe, że chora ta przed pewnym czasem przebyła operację kamieni żółciowych; a wreszcie stwierdzono w tym przypadku zaburzenia wzroku, a mianowicie: rozszerzenie źrenic, zapalenie obu nn. wzrokowych z rozpoczynającym się zanikiem nerwu po stronie lewej i niedowład lewego mięśnia skośnego górnego. W piśmiennictwie znalazł W. niewielką w stosunku do częstości ołowicy, liczbę przypadków zaburzeń wzrokowych. Najczęściej bywa opisywana ślepota ołowicza, a to albo *a)* jako objaw ołowiczego zniczczulenia zakończeń nerwowych w siatkówce, *b)* na tle mocznicy, jeżeli nerki są zmienione, *c)* w następstwie napięcia tętnic wskutek działania ołowiu na warstwę mięsną ścian tętnic; w przypadkach takich może dojść nawet do zupełnej, przejściowej ślepoty, *d)* wreszcie może ona wystąpić jako objaw zapalenia tarczy, lub wskutek rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Hutchinson opisał przypadek, w którym niedowidzenie wskutek zaniku nerwowego, było jedynym objawem ołowicy; przypadki takie dają tem lepsze rokowanie, im ostrzej występują. Oprócz zmian w nerwach wzrokowych opisano przypadki zajęcia różnych nerwów zaopatrujących mięśnie oka. W przypadku autora istniały także ołowicze zmiany mózgu, o czem świadczyły zawroty głowy, utrudnienie mowy, osłabienie pamięci, a nawet w pewnym okresie zupełna utrata przytomności. Chora znajdowała się w początkowym okresie ciąży i chociaż wystąpiło obfite krwawienie z macicy, to jednak odklejenie jaja płodowego nie nastąpiło; ołowica wywołuje jednak często poronienie i nawet w tym celu zbrodniczo ołów bywa używany. Ołów wydziela się z ustroju przez wszystkie narządy gruczołowe, znajdowano go zatem w treści przewodu pokarmowego, w nerkach, w wątrobie (żółci), w śliniankach, szczególnie przyusznej, a nawet w takich narządach, jak szpik kostny i mięsień sercowy. Przypadek autora jeszcze z tego względu zasługuje na uwagę, że pomimo jednorazowego zażycia tlenku ołowiu, wystąpiło zatrucie przewlekłe i to dopiero w dwa miesiące po wprowadzeniu trucizny do ustroju. *Pisarski.*

Johnston. **Czynnościowe zaburzenia oczne w przebiegu ropniaka jamy Highmora.** (*Opthalmology* 1907, Vol III, Nr 4). Nie ulega wątpliwości, że sprawa zapalna, zwłaszcza ropna w jamie, tak blizko z okiem sąsiadującej, jak jama Highmora, nie może być dla oka obojętną. — Ziem stwierdził, że w przypadkach ropniaka jamy Highmora często spotyka się zwężenie pola widzenia od góry. J. przytacza przypadek, odnoszący się do mężczyzny 43-letniego, który od lat 20 cierpiał na częsty wypływ ropny z prawego nozdrza. W ostatnich czasach dopiero zaczął chory doznawać dolegliwości w oku prawem, jak zamglenie wzroku przy czytaniu, objawy zmęczenia, wreszcie chwilowe, jednooczne widzenie podwójne, a nawet potrójne. J. nie mógł wykryć w oku żadnych zmian przedmiotowych, ale zwrócił uwagę na jamę nosa. Wypływ z prawego nozdrza wska-

zywał na ropniaka jamy Highmora. Nakłucie igłą Steina potwierdziło to przypuszczenie. J. wyciął przednią część dolnej małżowiny nosowej i zapomocą elektrycznej trefiny utworzył trwały otwór w dolnej części nosowej ścianki kostnej jamy Highmora. Następnie przez czas dłuższy przepłukiwał chorą jamę dwa razy dziennie ciepłym rozczynem kwasu borowego. W miarę, jak stan jamy Highmora zaczął się poprawiać, ustępowały objawy oczne i w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło zupełne wyleczenie i choroby nosa i zaburzeń wzroku. *K. W. Majewski.*

Teillais. **Ropowica oczodołu po ropniu jamy szczękowej ze zejściem w zanik nerwu wzrokowego po stronie zajętej ropieniem, oraz zapalenie współczulne drugiego oka.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 17). U 25-letniej, zdrowej zresztą dziewczyny po wyjęciu jednego z zębów trzonowych nastąpiło ostre zapalenie lewej jamy szczękowej. Ropienie zajęło także inne zatoki boczne i przedostało się do lewego oczodołu. Natychmiast wskutek zapalenia pozagałkowej części nerwu wzrokowego lewe oko straciło poczucie światła. W przypadkach jednostronnych spraw ropnych jam nosa powikłania oczne bywają zwykle jednostronne, w tym przypadku jednak ucierpiało drugie, prawe oko, chociaż w prawych zatokach bocznych nosa nie było żadnych zmian. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do $^1/_3$, a badanie wziernikiem wykryło zapalenie brodawki nerwu wzrokowego. Gdy wzrok coraz bardziej podupadał i doszedł już do $^1/_{10}$ równocześnie ze znacznem zwężeniem pola widzenia, wyjął T. lewe oko, co nietylko powstrzymało dalsze postępy zapalenia prawego nerwu wzrokowego, ale także wywołało poprawę wzroku znowu do $^1/_3$. Ten skutek wyłuszczenia oka przemawia za współczulną przyrodą zapalenia prawego nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **O sztucznym woreczku łzowym.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 18). Z. podaje opis sporządzonego ze srebra przyrządu, którą wszywa w miejsce wyłuszczonego woreczka łzowego. Ten sztuczny woreczek ma za zadanie przeprowadzić łzy z przewódek łzowych do dolnej części kanału nosowo-łzowego i uwolnić w ten sposób operowanych od trwałego łzawienia, na jakie po usunięciu woreczka łzowego zazwyczaj są skazani. Operacyę wyłuszczenia woreczka wykonywa Z. w zwyczajny sposób, o ile możności doszczętnie, oddzielając nawet okostną zapomocą odpowiedniej skrobaczki, poczem wkłada sztuczny woreczek tak, żeby do jego górnego otworu uchodziły wyloty przeciętych kanalików łzowych, przynajmniej kanalika dolnego. Ponad sztucznym woreczkiem zeszywa skórę i zakłada opatrunek uciskowy, a nitki wyjmuje piątego dnia. Tkanki znoszą bardzo dobrze obecność srebrnego woreczka.
*K. W. Majewski.*

Dor. **Torbiel gruczołu łzowego.** (*Rev. gén. d'opht.* 1907, Nr 8). D. operował guz powieki górnej u 2-miesięcznego dziecka. Przystępując do operacyi przypuszczał, że napotka nowotwór pozagałkowy, przygotował nawet rodziców na wyłuszczenie oka. Za tem rozpoznaniem przemawiało znaczne wysadzenie gałki, prócz przesunięcia jej ku dołowi. Wśród operacyi okazało się jednak, że guz był torbielą, wychodzącą z gruczołu łzowego, wielkości orzecha laskowego, mocno napiętą i wypełnioną cieczą wodnistą. Po wyłuszczeniu torbieli oko powróciło do położenia prawidłowego, pozostało tylko lekkie opadnięcie powieki. Badanie mikroskopowe stwierdziło w ścianach torbieli tkanki włóknistą, obfitującą we włókna sprężyste. *K. W. Majewski.*

Dujardin. **Przypadkowe usunięcie ślepoty, wywołanej przez raka spojówki.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 18). Pewien 72-letni robotnik stracił wskutek zranienia wzrok na jednem oku; na drugiem oku powstał rak spojówki, na operacyę jednak nie chciał chory przystać; wreszcie nowotwór zajął spojówkę gałki dokoła rogówki, a w końcu całą rogówkę pokrył bujającymi i za lada dotknięciem krwawiącymi naciekami. W ten sposób zaniewidział chory zupełnie. Przypadek zdarzył, że prowadzony nieuważnie przez żonę uderzył się chory silnie w to oko o pień drzewa. Uraz ten wywołał silne krwawienie, ale ku radości chorego przywrócił mu wzrok. Badanie stwierdziło, że wskutek uderzenia została z rogówki zdarta narośl nowotworowa, odsłaniając nietkniętą i przeźroczystą rogówkę.
*K. W. Majewski.*

Antonelli. **Przyczynek do znajomości nieżytu wiosennego.** (*Arch. d'opht.* 1907, Nr 7). Na podstawie badań mikroskopowych uważa A. nieżyt wiosenny za rodzaj okresowej sprawy zapalnej, która kończy się przerostem błony śluzowej. Wszystkie części składowe tej błony, a także i warstwa podśluzowa, ulegają sprawie przerostowej, jakkolwiek w niejednakim stopniu. Unaczynienie części przerosłych bywa bardzo obfite. O przyrodzie zapalnej cierpienia świadczy znaczne miejscami nacieczenie drobnokomórkowe. *K. W. Majewski.*

Bernstein. **Zaćma warstwowa i jądrowa. Leczenie niechirurgiczne zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań dioniny.** (*Ophtalmology* 1906, Vol. III, Nr 4). Na podstawie niektórych wiarygodnych spostrzeżeń można spodziewać się, że znajdą się środki, które zdolają w korzystnych warunkach ułatwić zaćmionej soczewce odzyskanie utraconej przeźroczystości. B. wykonywał w tym kierunku próby i przekonał się, że wstrzykiwanie głęboko pod torebkę Tenona $^1/_2$ prc. rozczynu dioniny jest właśnie takim, zaćmienia soczewkowe wyjaśniającym środkiem. Ponieważ zabieg jest bolesny, należy oko poprzednio znieczulić 10 prc. kokainą. B. powtarza wstrzykiwania raz tygodniowo, a prócz tego poleca raz dziennie zapuszczać rozczyn dioniny 5 prc. z atropiną 1 prc. Nakoniec podaje B. kilka spostrzeżeń, z których wynika skuteczność takiego sposobu leczenia zaćmy warstwowej, oraz rozpoczynającej się zaćmy starczej.
*K. W. Majewski.*

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie w d. 5. lutego 1908.

Przewodniczy prezes kol. Prym. Borzęcki. Obecnych członków 34.

Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. Dr Steuermark przedstawia: *a)* historyę choroby chorej, u której zapomocą naświetlań **promieniami Röntgena** osiągnął **wyleczenie mięsaka,** wychodzącego z okostnej trzeciego członka wielkiego palca u ręki prawej; był to już 4. nawrót po trzech operacyach, dokonanych przez kol. Z. Wachtla, a polegających na wycięciu nowotworu, wyskrobaniu i wypaleniu dna żegadłem Pacquelina w granicach zdrowych. Badanie mikroskopowe wyciętego nowotworu, wykonane w Zakładzie anatomii patol. przez kol. Doc. Glińskiego, stwierdziło utkanie mięsaka okrągłokomórkowego. Wobec złośliwości nowotworu i uporczywości nawrotów rozpoczął kol. Steuermark naświetlanie jedynie tytułem próby przed zamierzonem odjęciem całego palca. Już po kilku posiedzeniach ustąpiły gwałtowne bole i chora mogła wykonywać wszelkie ruchy ręką, gdy poprzednio najmniejsze urażenie natychmiast wywoływało szalone bole. Po 15 naświetleniach guzek w kącie paznokcia znikł, a tylko na ekranie fluorescencyjnym można było stwierdzić jeszcze na powierzchni dłoniowej 3. członka wielkiego palca guz wielkości wiśni; guz ten można było wyczuć, jako z kością zrośnięty, nieporuszalny, twardy i mało już podówczas bolesny. Leczenie trwało od końca kwietnia 1907 do połowy września 1907 z kilkutygodniowemi przerwami; w chwili obecnej, t. j. w $^1/_2$ roku po ukończeniu leczenia, nawrotu nie można stwierdzić ani dotykiem, ani na ekranie fluoryzującym. Przypadek ten zasługuje z wielu względów na uwagę; przedewszystkiem rentgenizacya okazała się skuteczniejszą od operacyi doszczętnej; to też przypadek ten potwierdza zapatrywanie Kienböcka, który jako zasadę postawił, że w każdym przypadku mięsaka, szczególnie, gdy on położony jest korzystnie i cechuje się szybkim wzrostem, naświetlania powinny mieć pierwszeństwo przed zabiegiem chirurgicznym; powtóre, że był to mięsak, wychodzący z okostnej, a pomimo to uzyskano wyleczenie, chociaż mięsaki, wychodzące z kości i okostnej, odznaczają się mniejszą wrażliwością na promienie Röntgena, niż n. p. mięsaki, wychodzące ze skóry lub gruczołów chłonnych. Uleczalne są nawet mięsaki czerniaczkowe, których złośliwość jest bardzo wielka. Co do zupełnej uleczalności za zasadę przyjmuje się według Kienböcka, że brak nawrotu co najmniej przez $1^1/_2$ roku pozwala uważać chorobę za wyleczoną. Autor ten zebrał statystykę 107 przypadków mięsaka, leczonych naświetlaniami, na podstawie której uważa radyoterapię za metodę bezwzględnie wskazaną przed zabiegiem operacyjnym, a w razie istnienia nowotworu, nie dającego się już na drodze chirurgicznej usunąć, tą drogą niejednokrotnie daje się jeszcze osiągnąć zupełne wyleczenie. — W końcu okazuje kol. St. fotografię przypadku Albersa-Schönberga, który wyleczony został naświetlaniami, a przedstawiony na Zjeździe rentgenologów w Berlinie w 1905 r. wywołał prawdziwą sensacyę. (*Streszczenie własne*).

Następnie przedstawia kol. Steuermark *b*) **przyrząd Jakscha do stosowania naświetlań** w chorobach wewnętrznych, który pozwala wyłączyć te promienie, które już w skórze ulegają absorpcyi, a przepuszcza te tylko, które mogą zadziałać na głęboko położone narządy, jak śledziona, wątroba, płuca, szpik kostny i t. d. W ten sposób można uniknąć niepożądanych powikłań ze strony skóry, które szkodzić mogły choremu, a także i dyskredytowały samą metodę leczniczą. Dotychczas dla zapobieżenia tym powikłaniom starano się niejako przesączyć te promienie i w tym celu stosowano rozmaite t. zw. filtry, jak blacha glinowa, staniol i t. d., a oprócz tego posługiwano się lampami t. zw. twardymi, t. j. wytwarzającymi tylko promienie drążące silnie wgłąb. Środki te jednak okazały się jednak niewystarczające i dopiero badania Jakscha posunęły sprawę znacznie naprzód. Jaksch stwierdził, że płyta srebrna grubości 0,02 mm jest takim znakomitym filtrem, a w zastosowaniu praktycznem, naświetlając chorego na białaczkę codziennie przez ½ godziny, razem przez 27 godzin, nie wywołał najmniejszego nawet odczynu na skórze, natomiast bardzo znaczne i raptowne zmniejszenie się śledziony. Ta blacha srebrna stanowi istotną część przyrządu Jakscha. Kol. St. przekonał się o prawdziwości twierdzenia Jakscha w kilku przypadkach; w szczególności zaś w jednym przypadku **mięsaka limfatycznego na szyi**, który równocześnie przedstawia. W przypadku tym pomimo zastosowanie 2 pełnych dawek według radyometru Sabourand-Noiré na jednem posiedzeniu, nie wywołał nawet zaczerwienienia skóry, natomiast tak znaczne zmięknienie dotychczas niezwykle twardego nowotworu wielkości głowy dziecka, że przypuszcza, iż teraz dopiero przy stosowaniu tak wielkich dawek o postępie w leczeniu mówić będzie można. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos kol. Doc. Braun, Doc. Chlumsky, Prof. Ciechanowski, (które usilnie ostrzega przed zbyt wielkim optymizmem wobec promieni Röntgena, gdyż przez to można niecraz niepowrotnie stracić chwilę, w której nowotwór jeszcze mógłby być operowany i zaznacza, że mięknienie nowotworów może być wynikiem nietylko działania rentgenizacyi), wreszcie kol. Z. Wachtel.

2) Kol. prym. Borzęcki przedstawia przypadek **dermatitis herpetiformis Duhring**.

3) Kol. Doc. Chlumsky omawiał **przypadki bocznego skrzywienia kręgosłupa**, w których niestosownie używana szwedzka gimnastyka i nierozumnie zastosowane raczkowanie według Klappa, nietylko nie dały dodatnich wyników, ale wprost zaszkodziły. Z naciskiem wskazał na to, że do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa tylko wprawni i doświadczeni specyaliści powinni się zabierać, a po wprowadzeniu obowiązkowej gimnastyki szkolnej baczną powinno się zwrócić uwagę na to, żeby ten dział nie był prowadzony przy zwykłych nauczycieli gimnastyki, ale aby został powierzony tym z profesorów, którzy posiadają odpowiednie lekarskie wykształcenie i doświadczenie. Z fotografii, które prelegent przedłożył, można się przekonać, że w niektórych przypadkach długoletnia gimnastyka nietylko nie zapobiegła powstaniu bardzo ciężkiego skrzywienia, ale je nawet powiększyła. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabiera głos kol. Wachtel i kol. Chlumsky, który zwraca się do Towarzystwa z wezwaniem do pilnego zwracania uwagi na to, by gimnastyka w wyższych zakładach naukowych dostawała się w ręce lekarzy; tegożsamego zdania jest kol. prezes Borzęcki. Sekretarz: *Dr Cetnarowski*.

## Towarzystwo lekarskie lwowskie.

### IV. Posiedzenie naukowe d. 21. lutego 1908.

Przewodniczy prezes. prym. Pisek.

I. Dr Selzer M. przedstawił dziewczynkę 13-letnią z ciężką żółtaczką od 2 lat. Wątroba i śledziona znacznie powiększone, gruczoły macalne. Stolce bezżółciowe. Odczyn Calmettea wybitny, podobnie i odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. S. przypuszcza **ucisk** gruźliczo zmienionych **gruczołów koło żyły wrotnej na drogi żółciowe.** Co do leczenia, to możnaby myśleć o cholecystenterostomii.

II. Dr Meisels mówił: **O odczynie skórnym Pirqueta u dzieci.** Sposób to praktyczny, łatwy, nie wywołuje objawów ogólnych, a może być stosowany także u dzieci gorączkujących. Przy znacznej gruźlicy odczynu brak. Dotychczasowe dane, uzyskane przy stosowaniu tego sposobu, zgadzają się ze spostrzeżeniami sekcyjnemi. Odczyn występuje nawet przy bardzo małych zmianach, bywa jednak także przy gruźlicy. Celem przekonania się, jak się zachowuje ustrój przy szczepieniu tuberkuliną ludzką i bydlęcą, przeprowadzono 70 szczepień i otrzymano zawsze jednakie oddziaływanie na jedną i drugą.

III. Dr Reichenstein przedstawia dotychczasowe swe doświadczenia nad **odczynem ocznym przy gruźlicy.** W pierwszej grupie doświadczeń wkraplał »Alttuberculin« (Höchst), w drugiej »Tuberculin-Test« (Poulenc-Frères). Wnioski wysnuwa następujące: 1) Odczyn spojówkowy jest nieszkodliwy, jeżeli narząd wzrokowy jest zdrowy. 2) Należy używać zawsze 1% tuberkuliny, świeżo sporządzonej. 3) Wkraplać do jednego oka raz jeden, gdyż przy powtórnem wkropleniu występuje zawsze odczyn dodatni mimo braku klinicznej gruźlicy. 4) Przy daleko posuniętej gruźlicy odczynu może brakować. 5) Rokowania na razie trudno na odczynie opierać; być może, że w przyszłości można będzie rokować z nasilenia odczynu. Odczyn oczny spotyka się także przy durze brzusznym, kamicy żółciowej i innych zakażeniach. Naogół jest on dodatnim u 60% badanych. 6) Brak odczynu spojówkowego przy braku chery i objawów znacznej gruźlicy lub też prosówkowej ostrej, wyłącza gruźlicę czynną.

W dyskusyi zaznacza Dr Leszczyński pewną wartość omawianych odczynów w tych chorobach skórnych, które pozostają w pewnym związku z gruźlicą. — Dr Mahl podaje niektóre spostrzeżenia nad odczynem Pirqueta i Calmettea, uzyskane na klinice dermatol. wspólnie z Drem Leszczyńskim. Wyniki obu odczynów były zgodne; w 7 tylko przypadkach był odczyn Pirqueta tam, gdzie odczyn Calmettea był początkowo ujemny. M. zauważa nadto, że odniósł wrażenie, jakoby jodek potasu usposabiał błony śluzowe do występowania odczynu Calmettea. — Dr Selzer używał do odczynu Calmettea 1% tuberkuliny. Zauważał, że te chore, u których odczyn wystąpił, nie przedstawiały się ani co do rozwoju choroby, ani co do rokowania gorzej od chorych, u których odczynu nie było. W niektórych przypadkach odczyn utrzymywał się nawet dni 14. Z 3 chorych, u których zastosowano sposób Calmettea, a którzy zmarli, u dwóch za życia nie było odczynu, a po śmierci nie znaleziono zmian gruźliczych; w jednym przypadku odczyn był dodatni, na sekcyi gruźlicy nie znaleziono. — Dr Reichenstein przypuszcza, że silniejszy odczyn po jodku potasu trzeba odnieść do zaostrzenia się po nim gruźlicy. — Dr Blumenfeld zauważa, że owrzodzenia, które po sposobie ocznym miał widzieć Dr Leszczyński, mogły być następstwem zadziałania tuberkuliny. — Prof. Raczyński zauważa, że Pirquet potwierdził dawne spostrzeżenia co do wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy. Dla praktyki odczyn ma to samo znaczenie, co tuberkulina, tylko jest bezpieczniejszy, dla leczenia zaś niema znaczenia. — Prof. Biernacki: Odczyny Calmettea i Pirqueta nie pokazują, a raczej nie rozróżniają gruźlicy »czynnej« od »nieczynnej«, a zatem rzeczy, która dla klinicysty ma pierwszorzędne znaczenie. — Prym. Pisek zwraca uwagę na wartość omawianych odczynów, gdy chodzi o badanie stanu zdrowotnego ludności na większą skalę. Dla rokowania nie mają oba odczyny wielkiej wartości.

*Witold Nowicki.*

## Posiedzenie lekarzy przemyskich

### d. 7. lutego 1908 w szpitalu powszechnym w Przemyślu.

Przewodniczy Dr Kramarzyński, obecnych 14.

1. Dr H. Ehrlich i J. Lenartowicz: **Demonstracye preparatów krętka bladego.**

Dr Lenartowicz, powołując się na swój wykład, który miał przed dwoma laty w tem samem gronie, zaznaczył, że w nauce o morfologii krętka bladego nastąpiły od tego czasu znaczne zmiany wskutek licznych prac na tem polu. — Przy szukaniu krętka bladego najtrudniej jest nauczyć się odróżnienia krętka bladego od innych krętków, a zwłaszcza od krętka załamującego światło (*spirochaete refringens*), który znajduje się także w tworach niekiłowych, gdy natomiast krętek blady jest jedynie dla kiły znamienny. Krętek blady wyróżnia się swem ciałem cienkiem, wązkiem i regularnymi skrętami, tudzież cienkimi końcami; *s. refringens* nie posiada tych cech i załamuje światło. Krzyształowicz i Siedlecki twierdzą, że krętek blady może się dzielić podłużnie, za czem przemawiają postacie, okazujące w jednym końcu splecenie, w drugim zaś rozchodzące się. Okres, w którym krętki są splecione, jest okresem nie całkowitego podziału. Autorowie ci odróżniają także podział płciowy, twierdząc, że krętek blady dzieli się na kilka drobnych tworów, skoro wyrośnie do pewnej długości. Zauważyli też wśród krętków formy krótsze, przylegające do form dłuższych, i nazwali

je mikrogametami, resp. makrogametami. Inni autorowie nie potwierdzili dotychczas tych badań.

Dalej przytacza prelegent z piśmiennictwa przypadek u ciężarnej, która przyjęta do kliniki, urodziła tamże dziecko nieżywe, zmacerowane. W chwili przyjęcia miała dwa twarde wrzody, w których nie znaleziono krętków bladych, atoli znaleziono je w płodzie, co przemawia za tem, że okres czasu, upływający między wrzodem pierwotnym, a pojawieniem się wysypki kiłowej, wystarcza, aby płód uległ chorobie i uległ maceracyi. Przytacza następnie inny przypadzk: Matka rodzi dziecko kiłowe po ojcu, kiłą dotkniętym. Sama klinicznie zmian kiłowych nie okazuje, zatem według prawa Collesa powinna być wolną od kiły. Tymczasem badanie soku gruczołów pachwinowych wykrywa typowe krętki blade.

Krętek blady jest swoisty dla kiły, chociaż brak nam jeszcze hodowli. Nauka ucieka się do innego doświadczenia: stara się bowiem wyhodować krętki na zwierzętach, a w szczególności na małpach. Doświadczenia wskazują, że kiłę można szczepić także na zwierzętach niższego gatunku, a nawet króliki oddziaływają na jad kiłowy dodatnio.

W dalszym ciągu wspomina L. o reinfekcyi kiłowej. Według doświadczeń Fingera można jad kiłowy szczepić powtórnie w okresie między wrzodem pierwotnym a pojawieniem się kiły drugorzędnej. Skutek szczepienia występuje w takim charakterze, jaki odpowiada danemu okresowi zmian kiłowych u osoby zaszczepionej. Także kilaki są przeszczepialne.

W leczeniu kiły nie wywołały nowe odkrycia dotychczas zmian, L. zaznacza tylko, że zdania autorów są podzielone co do operacyjnego usuwania zmian pierwotnych.

Dr Ehrlich omawia wyniki wspólnej pracy i okazuje preparaty pod 7 mikroskopami, przyczem opisuje szczegółowo sposób postępowania dla uzyskania materyału do badań bakteryologicznych z wytworów kiłowych. W szczególności: jeżeli wytwór pokryty jest naskórkiem, to po zmyciu rozczynem fizyol. NaCl, należy go zdrapać aż do krwi, poczekać, aż krew przestanie się sączyć, następnie obetrzeć wacikiem wyjałowionym, a skoro wydobywa się surowica, ująć ją na szkiełko, rozetrzeć i t. d. (Por. pracę autorów w Nr 3, 1908 »Przegl. lekarskiego«).

2) Dr Süsswein: **Demonstracya odczynu skórnego** (Pirqueta) **i odczynu ocznego** (Calmettea). Prelegent okazał dodatnie wyniki szczepienia resp. wkroplenia — na dwóch chorych, u których klinicznie stwierdzono zmiany gruźlicze. Pokazał także sposób, w jaki wykonywa szczepienie właściwe i szczepienie kontrolne i zaznaczył, że przez omawiane postępowanie przybył nam jeden środek więcej dla rozpoznawania gruźlicy.

W dyskusyi zabiera głos Dr Grabscheid, a opierając się na wynikach badań, dokonanych w klinice E. Neussera, twierdzi, że odczyn tuberkulinowy ma znaczenie rozpoznawcze tylko u dzieci, u dorosłych zaś nie ma go wcale. — Dr Kramarzyński przypominając, że szczepienia resp. wkraplania wykonano w klinice wewnętrznej Jaworskiego w Krakowie, na oddziale chorób wewnętrznych Korczyńskiego w Sarajewie i w klinice Obrazcowa w Kijowie — ogółem w 257 przypadkach, zaznacza, iż badacze: Skórczewski, Korczyński, Bylina, otrzymali wyniki dodatnie nietylko u dzieci, ale i u osób dorosłych.

3) Kol. Herman przedstawia kilkunastu chorych z oddziału chirurgicznego szpitala, m. i. *a*) chorego po **trepanacyi czaszki,** wykonanej z powodu **podwójnego krwiaka** naoponowego, urazowego. Istniejące przed operacyą prawostronne porażenie połowicze i niemota ustąpiły już niemal całkowicie. *b*) Chorego, u którego z powodu znacznej niedomogi mięśnia sercowego, wywołanej najprawdopodobniej zrostem obu blaszek osierdzia, wskutek przewlekłej sprawy zapalnej wysiękowej, wykonał **kardyolizę** sposobem Brauera. Dziś już, w kilkanaście dni po operacyi, stwierdzić można nawet przedmiotowo zmianę na korzyść, której poprzednio żadnymi środkami wewnętrznymi osiągnąć nie można było. *c*) Chorego, u którego w czasie zakładania przetoki żołądkowo-jelitowej z powodu cieśni bliznowatej odźwiernika, spowodowanej wygojonym wrzodem, zauważył **odmę pęcherzykową jelit** (*pneumatosis cystoides intestinorum*), ograniczoną głównie do okolicy zgięcia wątrobowego kiszki. Zupełnie gładki przebieg pooperacyjny i dalszy stan operowanego, zdają się przemawiać za tem, że wspomniana zmiana anatomiczna niema znaczenia klinicznego. Analogiczny przypadek opisał S. Ciechanowski w »Przegl. lek.« (Nr 1 i n. z r. 1904). I tam również chodziło o chorą, u której z powodu zwężenia odźwiernika wykonano gastroenterostomię. Mimowoli nasuwa się na myśl przypuszczenie o przyczynowym związku między wrzodem okrągłym żołądka, a ową odmą.

4) Kol. Doliński omawia pokrótce historyę, znaczenie i wartość **znieczulenia rdzeniowego,** demonstrując technikę na chorym, u którego z powodu odmrożenia trzeciego stopnia wyłuszcza lewą stopę sposobem Pirogowa, na prawej zaś wyłuszcza wielki palec. Do znieczuleń rdzeniowych używa się w szpitalu na razie stowainy i to na wcale szeroką skalę, głównie w tym celu, aby wyrobić sobie własne przekonanie o tem, po czyjej stronie słuszność: czy po stronie Schwarza, który utrzymuje, że po stowainie bardzo często następuje gwałtowne podrażnienie nerek, czy też po stronie Hosemanna, który stanowczo temu przeczy.

*Dr Süsswein.* *Dr Kramarzyński.*

## Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

### Sprawozdanie roczne z działalności w roku 1907.

Rok 1907 w życiu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago nie przeszedł biernie, a choć nie odznaczył się niczem nadzwyczajnem, to jednak może poszczycić się tem, że w spuściźnie po sobie pozostawił kilka projektów, które może z czasem przy lepszych warunkach dadzą się wykonać.

Zebrań miesięcznych odbyło się 11 ze średnią liczbą 9 uczestników. Odczytów i rozpraw naukowych było 6, wieczorów klinicznych 4, odczytów popularno-naukowych dla publiczności 4.

Zwiedzono też gremialnie zakłady dla obłąkanych i nieuleczalnie chorych w Dunning (przedmieście m. Chicago), utrzymywane kosztem powiatu. Chorych-obłąkanych, paralityków, suchotników w ostatnim stopniu jest przeszło 1000, a tylko kilku lekarzy, którzy są przeciążeni pracą, a co za tem idzie, nie mają czasu na badania naukowe, więc ani chorzy, ani nauka pożytku z zakładów nie odnosi.

W lecie urządziło Tow. »majówkę«, która, nawiasem mówiąc, znakomicie się powiodła.

Co do projektów, o których wspomniałem, wszystkie były bardzo daleko idące i może dlatego, jak na teraz, niewykonalne.

Projekt pomocy koleżeńskiej — wobec tego, że prawie wszyscy lekarze Polacy należą do Amerykańskiego Stowarzyszenia lekarskiego, liczącego kilkadziesiąt tysięcy członków, a dającego w razie potrzeby pomoc prawną swym członkom, — i wobec tego, że w wypadkach choroby lub nieszczęścia Towarzystwo lekarzy polskich i bez praw pisanych spieszy z pomocą swym członkom i ich rodzinom, — uważano za właściwe odłożyć. Natomiast postanowiono polecić wszystkim kolegom, by nie zaniedbywali zabezpieczać się od nagłych wypadków, chorób i śmierci w odpowiednich Towarzystwach.

Drugim projektem było własne wydawnictwo, przy pomocy którego myślano o organizacyi wszystkich lekarzy Polaków w Ameryce, (którą swego czasu proponował w liście, rozesłanym do wszystkich lekarzy-Polaków w Ameryce, prof. Ciechanowski z Krakowa), lecz po obliczeniu kosztów okazał się ten projekt przy małej liczbie możebnych prenumeratorów także na teraz niemożliwym.

Najważniejszym projektem było założenie szpitala w Chicago, któryby był prowadzony przez lekarzy-Polaków. Mamy tu wprawdzie szpital, w którym są Siostry Miłosierdzia pochodzenia polskiego, lecz chorzy skarżą się, że polskiej mowy nie słyszą i nie mają polskich lekarzy; przytem szpital ten jest oddalony dość znacznie od większych środowisk naszych, tak że z wielu dzielnic wprost niepodobna chorych tak daleko przewozić. To samo staje na przeszkodzie co do nowego szpitala. Trudność stanowi wybór takiego miejsca, by było dogodne dla wszystkich, i obmyślenie, w jaki sposób utrzymać szpital.

W Chicago jest jeden szpital, utrzymywany z funduszów ogólnych. Chorzy przyjmowani są bez opłaty. Na obsługę jednak wielu chorych bardzo się skarży*). Najgorzej się dzieje chorym, którzy nie mogą rozmówić się po angielsku, jak nie jednemu trafia się to Polakowi; to też chorzy nasi o tym szpitalu wspomnieć sobie nawet nie pozwalają.

*) Nie bez powodu, bo nawet do gazet doszły wieści o zajściu w zeszłym Grudniu, kiedy cały personal szpitala bawił się na wspolnem zebraniu tak głośno, że sąsiedzi myśląc, iż to jakaś bójka, posłali po policyę; ale i ta z podchmielonym mocno personalem szpitalnym nie mogła dojść do ładu. Wytoczono sprawę, wdrożono dochodzenia sądowe, lecz co było począć? Wszystkich nie można było usunąć, więc całą tę sprawę zatuszowano.

Szpitale prywatne, a jest ich tu bardzo wiele, są dwojakie: jedne utrzymywane i wspomagane przez Towarzystwa wyznaniowe, drugie utrzymują się tylko z opłat, które wnoszą sami chorzy.

Polacy wogóle boją się szpitala; można zaliczyć do wyjątków tych, którzy sami chcą tam iść. Są to albo bardzo biedni, nie mający ani własnego mieszkania, ani pieniędzy na leczenie, ci więc, radzi nie radzi, szukają schronienia w szpitalu powiatowym, albo inteligentniejsi, którzy rozumieją, że w szpitalu znajdą lepszą opiekę i dozór, niż we własnym domu; ci idą do prywatnych szpitali i płacą swego lekarza. Lecz takich pomiędzy ludnością polską jest mało, stanowczo za mało, by własny szpital, według ostatnich wymagań urządzony, utrzymać.

Tak więc rok 1907 był rokiem przeważnie projektów. Miejmy nadzieję, że 1908 będzie rokiem czynu.

Sekretarz: *Dr J. P. Zaleski.*

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Z Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich.** W sekcyi dla spraw bytu lekarzy wypracowała Komisya, obrana do ułożenia minimalnej taksy dla lekarzy terapeutów, wnioski, które poddano obradom na 2 posiedzeniach sekcyi 6. i 20. II. Bardzo liczne zebranie uchwaliło po nader ożywionej dyskusyi następujące wnioski: 1) Każdy lekarz ma prawo oceniać swój czas i pracę według własnego uznania i żądać honoraryum za pracę w wysokości przez siebie oznaczonej, pod warunkiem, że wysokość honoraryum określi z góry i zawiadomi o tem publiczność. 2) Przed przyjęciem, ew. odwiedzeniem lekarz powinien uprzedzić chorego o wysokości należnego honoraryum. 3) Lekarz może żądać uiszczenia mu honoraryum w czasie przyjęć przed udzieleniem porady. Jeżeli wysokość uiszczonego honoraryum nie odpowiada życzeniu lekarza, to może on zwrócić na to uwagę chorego, a nawet odmówić mu udzielenia porady. 4) Ustanawia się taksa minimalna. W razie przyjęcia jej przez Stowarzyszenie wszyscy Stowarzyszeni obowiązani są stosować się do niej i nie udzielać porad za cenę niższą od taksy. W przypadkach wyjątkowych, gdy chory przed poradą uprzedzi lekarza o swej niezamożności, lekarz ma prawo przyjąć honoraryum niższe, zaznaczając, iż czyni to wyjątkowo. 5) Lekarz nie jest obowiązany do większej filantropii, niż inni członkowie społeczeństwa; nikt więc nie ma prawa żądać od lekarza, aby był filantropem; dobrowolnie natomiast ma lekarz prawo leczyć bezpłatnie, kogo uważa za stosowne, zwracając jednak uwagę, by, lecząc bezpłatnie osoby zamożne, np. krewnych i znajomych, nie czynił uszczerbku takiem postępowaniem innym lekarzom. 6) Po rozpatrzeniu taksy z r. 1846 Wydział doszedł do wniosku, że od czasu jej uchwalenia środki żywności podniosły się 6-krotnie, w tym zatem stosunku należałoby podnieść wynagrodzenie lekarza; uwzględniając jednak obecne stosunki społeczne i licząc się z utartymi zwyczajami, Wydział nie może podnieść taksy do sprawiedliwej wysokości i proponuje znacznie niższą. Taksa jest minimalna; uprzedziwszy, lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia wyższego. Taksa lub wyjątki z niej powinny być umieszczone w poczekalni i gabinecie lekarza w miejscu widocznem. O ile lekarz żąda wyższego wynagrodzenia, powinien wywiesić w poczekalni i gabinecie stosowne zawiadomienie.

Z kolei przystąpiono do rozpatrzenia wypracowanej taksy minimalnej dla lekarzy terapeutów i uchwalono następujące wnioski (na posiedzeniu d. 20 lutego): 1) Za poradę w mieszkaniu lekarza, za pierwszą najmniej rb. 2, za następne rb. 1. 2) Za pierwszą wizytę w obrębie Warszawy w dzień (od 8 r. do 8 w.) najmniej rb. 3, za następną najmniej rb. 2; za rogatkami w odległości 2 wiorst i na Pradze taksa podwójna. 3) Za wezwanie w nocy (od 8 w. do 8 r.) taksa podwójna. 4) Za leczenie jednocześnie kilku chorych w jednem mieszkaniu, wynagrodzenie od każdego chorego oddzielnie, a mianowicie jak za poradę w mieszkaniu lekarza. 5) Za dyżur u chorego w ciągu dnia najmniej 50 rb., w ciągu nocy najmniej 50 rubli. 6) Za konsultacyę najmniej rb. 6 dla każdego lekarza, za konsultacyę w nocy najmniej rb. 10 dla każdego lekarza. 7) Za informacyę udzieloną przez telefon rb. 1. 8) Za przyjmowanie chorych we wszelkich ambulatoryach, nie wyłączając filantropijnych, po rb. 3 za godzinę; za miastem dolicza się koszt przejazdu. Taksa za zabiegi, ekspertyzy, asystowanie przy operacyi, rozpatrzona będzie na posiedzeniu następnem.

Dnia 21 lutego odbyła się w Stowarzyszeniu druga konferencya w sprawie popierania krajowych wyrobów farmaceutycznych opatrunków, narzędzi i t. d. Dr J. Jaworski, który na poprzedniej konferencyi wystąpił z wnioskiem utworzenia stałej Komisyi przemysłowo-lekarskiej oraz wejścia w umowę z jedną z istniejących pracowni rozbiorowych w Warszawie, w dalszym ciągu rozwijał swój projekt. Nie chęć odwetu wobec Prus ma być myślą przewodnią Komisyi, lecz obowiązek popierania krajowej wytwórczości. Na podstawie wykazów Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. Lubelskiego (por. artykuł dra S. Rudzkiego w Nr. 7 »Przeglądu lek.«) oraz własnych materyałów doszedł Dr J. do wniosku, że 1) większość cen przetworów farmaceutycznych francuskich i t. d. jest niższa od cen niemieckich albo jest im równa; 2) już obecnie bez strat materyalnych dla spożywców polskich możemy obyć się bez przetworów niemieckich; 3) w dziale *cruda* mamy własne fabryki, 4) w dziale *pura* (do użytku wewnętrznego) mamy już niektóre przetwory własne. Dla zastąpienia przetworów niemieckich francuskimi, angielskimi itd., trzeba postarać się, aby fabryki nie niemieckie miały u nas swych przedstawicieli; na receptach oznaczać firmy polskie, francuskie itd., i zapewnić poparcie wytwórcom polskim aby wyrabiali więcej przetworów farmaceutycznych do użytku wewnętrznego. Najważniejsze trudności są natury pieniężnej. Dogodny kredyt dla hurtownika, korzystne taryfy, mają znaczenie rozstrzygające. Fabryki francuskie, angielskie i t. d. albo wcale nie dają kredytu, albo krótkoterminowy, a co główne, wcale nie mają u nas swoich przedstawicieli. Jednakże pod wpływem rozpoczętej akcyi nadchodzą do Warszawy już dziś niektóre przetwory nie-niemieckie (morfina, kodeina, dionina, heroina, kokaina, ezeryna, błękit metylenowy, przetwory jodowe). Posiłkując się materyałami, otrzymanymi od Dra B. Korolewicza z Krakowa, przedstawił wreszcie mowca projekt statutu stałej Komisyi przemysłowo-lekarskiej przy Stowarzyszeniu lek. pol. w Warszawie. Następnie Dr A. Manduk w obszernem przemówieniu, opierając się na dokładnej znajomości rzeczy, rozwiał panujące u nas przekonanie o potędze przemysłu chemicznego w Niemczech, oraz o wszechwładztwie rynku niemieckiego. Ostatnie bilanse handlowe niemieckie dowodzą, że Niemcy importują do swego kraju wiele takich przetworów, które do nas wyłącznie od nich bywają sprowadzane. Komisya przemysłowo-lekarska, powinna prócz lekarzy, składać się również z chemików oraz farmaceutów. Rozbiory, powinna Komisya powierzać pracowniom analitycznym, oraz farmakologicznym, nie ograniczając się bynajmniej do pracowni warszawskich (pracownie Uniwersytetów galicyjskich); nadto powinna rozciągnąć stały nadzór nad przetworami leczniczymi. Po przemówieniach Dra Dunina oraz B. Sawickiego postanowiono wnioski przedyskutować po rozpatrzeniu innych działów przemysłu lekarskiego (narzędzia i t. d.). *W. K.*

**Z administracyi znaczków receptowych.**

| Sprzedano znaczków: | po 4 h | po 1 h |
|---|---|---|
| Od r. 1904 do 31. I. 1908 . . . . . . | 389,837 | 164,270 |
| W lutym 1908 . . . . . . | 3,287 | 8,300 |
| razem . | 393,124 | 172,570 |

*Dr Żydłowicz,* administrator

**Lekarz w Wydziale krajowym galicyjskim.** »Głos lekarzy« (Nr. 5) donosi, że jednym z członków Wydziału krajowego ma być w nowym Sejmie wybrany poseł Dr Bernadzikowski. Wiarygodną tę wiadomość powitają lekarze z zadowoleniem, w ten bowiem sposób cały zakres spraw sanitarnych kraju przejdzie w Wydziale krajowym nareszcie we właściwe ręce, a przytem i sprawy zawodowe lekarzy zyskają naturalnego ich przedstawiciela. *R.*

**Wybory do Sejmu galicyjskiego** wydały dotychczas wynik, który należy nazwać korzystnym dla toku spraw sanitarnych w kraju. Z dotychczasowych posłów lekarzy wybrani zostali ponownie: Dr Jan Bednarski i Dr Stanisław Jabłoński. Nanowo wybrany został posłujący w dawniejszych kadencyach Dr Bernadzikowski, a wybór Dr Kurowca i Dr Franciszka Sobolewskiego st. lekarza powiatowego z Sambora, sprawił, że liczba lekarzy w Sejmie zwiększa się już o dwóch pomimo cofnięcia kandydatury przez Dra Wursta. Zainteresowanie się lekarzy lwowskich i krakowskich wyborami sejmowymi ze stanowiska społeczno-higienicznego i zawodowego, nie oddziałało wprawdzie tym razem wprost na wybory; niemniej jednak ono prawdopodobnie sprawiło, że sprawy sanitarne kraju, dotąd w programach przedwyborczych pomijane milczeniem, tym razem tu i owdzie,

zwłaszcza we Lwowie i w Krakowie, poruszono. Podnieść należy stanowisko, zajęte w tej sprawie przez posłów m. Krakowa pp. J. Federowicza i E. Bandrowskiego. Pierwszy z nich, członek sejmowej komisyi sanitarnej w ostatniej kadencyi, nadmienił, że »szpitalnictwo krajowe nie we wszystkiem czyni zadość słusznym postulatom społeczeństwa, co przypisać należy w pierwszym rzędzie finansowym stosunkom gospodarstwa krajowego,— obok tego jednak nie dość energicznej akcyi ze strony komisyi sanitarnej« (sejmowej). Drugi zaś, stawiając w szeregu postulatów zdrowie ludności na pierwszem miejscu, powiedział, co następuje: »W naszym kraju o tej zasadniczej podstawie rozwoju społeczeństw niestety mało się myśli, a starania Sejmu na tem polu nie tworzą systematycznej całości, ani też nie obejmują wszystkich potrzeb i zaniedbań. Służba zdrowia gminna i okręgowa w wysokim stopniu niedostateczna, higiena miast i wsi, higiena szkolna znajdują się w zupełnem zaniedbaniu, opieka nad ubogimi dziećmi i starcami pozostawiona w zupełności prawie dobroczynności publicznej, szpitalnictwo pełne braków i t. d. sprawiają, że kraj nasz wykazuje znaczną śmiertelność wogóle, a w szczególności śmiertelność wysoką u dzieci, że w kraju zagnieździły się przeróżne choroby zakaźne, które ludność naszą rokrocznie nawiedzają, że ludność pod względem fizycznym podupada, że jednem słowem kapitał największy, jakim naród rozporządzać powinien, tj. zdrowie publiczne, przedstawia się w porównaniu z innymi krajami nierównie gorzej, niżby można przypuszczać. I dlatego zdrowiem publicznem należy co rychlej systematycznie się zająć, trzeba koniecznie i co rychlej poprawić stosunki higieniczne wsi i miast, trzeba podnieść warunki czystości i t. d. Nie ulega wątpliwości, że ten cały dział gospodarki krajowej wymaga wielkich nakładów, które z normalnych budżetów nie są do pokrycia. Mimo to musi się znaleść środki do ujęcia i podniesienia zdrowia publicznego, bo to pierwszy warunek naszego powodzenia, naszej sprawności narodowej, bo to wydatek, który lichwiarskie powiedziałbym odrzuci korzyści. Byłoby wreszcie wskazane, aby wobec wielkiej doniosłości spraw sanitarnych, tak ważnych dla dobrobytu i kultury naszego kraju, w Wydziale krajowym sprawy te spoczywały w rękach zawodowych. Wymagają one w dzisiejszym stanie zawodowej wiedzy i nie mogą być traktowane sposobem czysto administracyjnym«. *R.*

**Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych** uznana została za korzystną dla pewnej części lekarzy, a zwłaszcza dla lekarzy gminnych i okręgowych, ponieważ zmusi ona gminy i kraj do zabezpieczenia lekarzy w ramach owej ustawy, albo do wydania osobnych norm pensyjnych dla lekarzy. Atoli w r. z. odezwały się (spóźnione, jak zwykle) protesty przeciw zastosowaniu ustawy do lekarzy Kas chorych, coby być miało dla tych lekarzy niekorzystne. Dr Mikołajski, rozpatrując sprawę tę w »Głosie lekarzy« (Nr. 5), dochodzi do wniosku, że protestyt e, a głównie zarzuty, podnoszone przez Dra Picka, prezesa kraj. związku lekarzy niemieckich w Czechach, pozbawione są słusznej podstawy i że niema potrzeby, aby Izby lekarskie zmieniały swe stanowisko przychylne, zajęte przed rokiem wobec projektu ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych. *R.*

**Przy zwalczaniu partactwa lekarskiego** powoływać się należy według »Głosu lekarzy« (Nr 5), donosząc władzom politycznym o partaczach, nie wykonujących partactwa w sposób dowodnie zarobkowy, na rozporządzenie ministeryalne z 30 września 1857, nakazujące i za takie (niezarobkowe) partactwo stosować surowe kary administracyjne. W tymże numerze podaje »Glos lekarzy« szereg rozporządzeń, dotyczących partactwa przez ogłaszanie metod i środków leczniczych w dziennikach. Z nich zwłaszcza godne zapamiętania jest rozporządzenie minist. spraw wewn. z 6. XI. 1902. L. 26.284. Wynika z niego, że w podobnych przypadkach zwracały nadprokuratorye państwa uwagę odpowiednich czasopism, że dalsze ogłaszanie inseratów, popierających partactwo lecznicze, musiałoby za sobą pociągnąć represye prawno-prasowe lub ukaranie w drodze sądowej i że takie przestrogi nadprokuratoryi były skuteczne. Ministerstwo poleca organom sanitarnym, by w przyszłości zwracały ustawicznie uwagę na partackie ogłoszenia i zachwalania w pismach i przesyłały takie publikacye do Namiestnictwa, które porozumie się z nadprokuratoryą co do dalszego postępowania w danej sprawie. *R.*

**Liczba lekarzy w Austryi** podniosła się w roku 1907 o 0.89%; w roku 1906 wynosiła 11.937, w 1907 12.041. W Austryi dolnej jest 3.642 lekarzy. w górnej 408, w Salzburgu 140, Styryi 698, Karyntyi 150, Krainie 111, w Tyrolu 618, Galicyi 1472, w Czechach 2902; na Morawie 973, Śląsku 264, w Dalmacyi 139, Bukowinie 155, w Bośnii i Hercogowinie 108, Pobrzeżach 379. *K.*

**Kiła w Hiszpanii.** W Madrycie w r. 1902 z 1500 zapisanych prostytutek (1: 346 mieszkańców) każda była średnio dwa razy leczona, z tego 58% z powodu kiły. Wogóle kiła w Hiszpanii silnie grasuje: i tak w latach 1891—1900 umarło na nią 941 osób w samym Madrycie, a w latach 1900—1902 na prowincyi w głównych miastach 1205 osób. *K.*

---

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 16. do 29. II. 1908 doniesiono o 74 nowych przypadkach duru plamistego w 17 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Kozowa 1, Choróściec 1), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 10), Jaworów (Zawadów 1, Hruszowice 8), Kamionka (Witków nowy 2), Lisko (Łuh 8, Zubracze 1), Mościska (Podgać 6), Lwów (Hermanów 7), Podhajce (Nowosiółka 2), Przemyślany (Zamoście 1), Przeworsk (Przeworsk 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 2, Werhrata 4), Skałat (Połupanówka 4), Tłumacz (Jezierzany 5), o 4 przypadkach ospy w Miękini pow. Chrzanów i o 10 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Targowisku pow. Bochnia. *T.*

**Z ruchu ludności w Krakowie.** Od 16 do 29. II. 1908 urodziło się dzieci żywo 127, nieżywo 10; zmarło osób 117 (w tem obcych 47), z nich z gruźlicy 33 (13), zapalenia płuc 12 (4), płonicy 3 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 16. do 29. II. 1908 doniesiono o przypadkach: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), ospy 1, płonicy 2 † 3 (1 † 2), duru brzusznego 2 † 1 (— † 1). *Dr Sch.*

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 16. do 29. II. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1, (w tom obcych 2 † —), krztuśca 14 (2), płonicy 39 † 3 (3 † —), odry 20 † 1 (1 † —), duru brzusznego 4 (3), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Leg.*

**Stan chorób zakaźnych w pow. przemyskim:** z d. 22. II. 1908: błonica 1 gmina 1 przyp., krztusiec 4 gm. 37 p., odra 1 gm. 37 p., płonica 5 gm. 52 p., dur brzuszny 3 gm. 13. p. *Dr K.*

**Dur osutkowy w Warszawie** pojawił się podobno w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie zachorować miał jeden lekarz i kilkoro zakonnic i służby. *R.*

**Śmiertelność w Łodzi** jest według danych, zebranych przez Dra St. Bartoszewicza, prawie o 50% większa, niż we Lwowie. W styczniu (st. st.) zmarło 1049 osób, z nich z ospy 163, z duru brzusznego 23, błonicy 12, odry 15. Miejski zakład dezynfekcyjny odkaził w r. 1907 bezpłatnie 1840 mieszkań kosztem 1.313 rb.

---

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** W d. 25. II. 1908 odbył się uroczysty obchód, urządzony ku czci Prof. M. L. Jakubowskiego przez uczniów jego i młodzież akademicką. Z okazyi obchodu wyszedł prócz »Przeglądu lekarskiego«, poświęcony Jubilatowi zeszyt »Tygodnika lek.« zawierający prace Prof. Raczyńskiego, Dra Brudzińskiego, Progulskiego i Meiselsa (»Gazeta lekarska« wydała już dawniej numer z życiorysem Prof. Jakubowskiego).

W zielenią i kwiatami ozdobionej sali wykładowej szpitala św. Ludwika zgromadziła się tłumnie młodzież akademicka. Na obchód przybył Wydział lekarski z dziekanem, radcą dworu Prof. Wicherkiewiczem na czele, wszyscy lekarze szpitala i liczni lekarze z Krakowa i z prowincyi, byli uczniowie Jubilata.

Pierwszy przemówił do Jubilata Dr Józef Brudziński, lekarz naczelny szpitala dla dzieci w Łodzi, zaznaczając, że hołd Jubilatowi składa i Warszawa. »I ona, ta męczeńska, a droga stolica nasza« — mówił Dr Brudziński — »odzywa się do Ciebie w tym uroczystym dniu dla stwierdzenia, że cześć Ci oddawa nietylko jedna dzielnica Polski; że przedostały się tak hojnie rzucane przez Ciebie ziarna nauki i poza kordon, bo duch polski wieje gdzie chce, choć mu to zakazano«. Mowca wyraził Jubilatowi hołd imieniem lekarzy-pedyatrów z Warszawy i z Łodzi zgrupowanych koło szpitala dla dzieci na Aleksandryi, Domu wychowawczego im. Beaudouina, szpitala izraelickiego dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, instytutu higieny dziecięcej im. Lenvala, lecznic dr. Bączkiewicza, Gawrońskiego, Roszkowskiego

i szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi. »Wielu z nas« — podnosił mowca, — »czerpało u Ciebie wiedzę i powróciliśmy w domowe progi niby heroldowie Twych zasług, jako pierwszego polskiego profesora pedyatryi, starając się dać chlubne świadectwo polskiej szkole pedyatrycznej, przez Ciebie stworzonej i starając się stosować w prowadzeniu szpitali dziecięcych system tak umiejętny pod względem gospodarczym i leczniczym, do jakiego przywykliśmy w Twoim szpitalu«. Zaznaczając, że brak wyższej uczelni polskiej w Warszawie i rozprószona przez to w Królestwie praca na polu pedyatryi nie dozwalają zdobyć się »na tak świetnie, a stale podsycany znicz«, jakim była klinika krakowska, stwierdza mowca, że lekarze-pedyatrzy w Królestwie z tem większem umiłowaniem śledzili działalność kliniki krakowskiej, a z uczuciem wdzięczności przekonali się, że i Jubilat baczną zwracał uwagę na rozwój pedyatryi w Polsce, czemu dał wyraz w swym »Zarysie postępu pedyatryi w Polsce w XIX stuleciu«, uwzględniając wszystkie instytucye pedyatryczne polskie. »Możemy Cię więc słusznie czcić« — kończył mowca, wręczając Jubilatowi dyplom członka honorowego Towarzystwa lekarskiego w Łodzi i oznajmiając o mianowaniu Jubilata członkiem honorowym warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, — »jako Nestora pedyatrów polskich; takim już na kartach literatury pedyatrycznej pozostaniesz i przed takim lekarze z Królestwa w głębokim hołdzie skłaniają głowę«.

Imieniem lekarzy lwowskich przemówił Prof. Dr Raczyński, dyrektor kliniki pedyatrycznej ze Lwowa, podnosząc, że uczniowie Jubilata, pracujący we Lwowie, starają się Jego śladem przyczynić się do rozwoju nauki o chorobach dzieci, a młoda klinika lwowska pragnie pójść za wzorem tradycyi kliniki Jubilata. W dowód tego uczniowie Jubilata składają Mu w hołdzie świąteczny zeszyt »Tygodnika lekarskiego«, zawierający prace z zakresu pedyatryi.

Prof. Lewkowicz, dyrektor kliniki krakowskiej, składając Jubilatowi poświęcony Mu zeszyt »Przeglądu lekarskiego«, przemawiał od dawniejszych uczniów Jego. Gdy już inni mowcy podnieśli zasługi Jubilata około stworzenia pierwszej szkoły pedyatrycznej polskiej, a przy wręczeniu medalu, wybitego na cześć Prof. Jakubowskiego przez Wydział lekarski, złożono hołd zasługom Prof. Jakubowskiego, położonym przez założenie szpitala i kolonii leczniczej dla dzieci, — przeto mowca pragnie być wyrazem uczuć tej licznej rzeszy uczniów, którzy przez lat czterdzieści kilka czerpali w klinice i szpitalu krakowskim pod przewodnictwem Jubilata wiedzę i doświadczenie lekarskie, a których następnie los rozprószył po całym kraju, a niekiedy zapędzał w dalekie okolice świata. »Wszędzie ponieśli oni ze sobą żywe współczucie dla naszych najmłodszych pacyentów, a zarazem głęboką wiedzę, uzbrajającą ich w środki do kojenia tych cierpień«. Przedewszystkiem jednak pragnie mowca wyrazić Jubilatowi wdzięczność ściślejszego grona uczniów i współpracowników. »Nieskazitelność Twego charakteru« — kończył mowca, — »górujące nad innemi pobudkami poczucie sprawiedliwości i uznanie dla każdej uczciwej zasługi stwarzały w Twych zakładach zdrową i każdej rzetelnej pracy sprzyjającą atmosferę. Twoje zamiłowanie przedmiotu, Twój udział w badaniach naukowych, a przedewszystkiem Twoja radość, jaką okazywałeś z każdego przez pracowników osiągniętego wyniku, były dla pracujących najlepszą podnietą do dalszych usiłowań«.

Imieniem ostatniego, najmłodszego pokolenia słuchaczy Prof. Jakubowskiego przemówił student medycyny p. Rychliński, w gorących słowach podnoszac serdeczne węzły, jakie zawsze łączyły Jubilata z młodzieżą; toteż młodzież postanowiła uczcić Jubilata tablicą pamiątkową, wmurowaną w tej sali wykładowej, w której przez pół wieku panowała między młodzieżą, a jej ukochanym Nauczycielem niezamącona nigdy harmonia. Zarazem wręczył mowca Jubilatowi adres, wykonany artystycznie według projektu artysty malarza p. Bukowskiego, okryty kilkuset podpisami.

W końcu przemówił Czcigodny Jubilat w następujące słowa:

»Szanowni Panowie! Gdy przyciśnięty podeszłym wiekiem czułem się spowodowanym do ustąpienia z zaszczytnego stanowiska Profesora Uniwersytetu, spotykam się ze wszystkich stron z objawami uznania, otrzymuję liczne pamiątkowe dary, zlewają się na mnie odznaczenia honorowe i dostojeństwa.

Lecz obok wszystkich odznaczeń, dla serca najmilszą i najsympatyczniejszą jest obecna uroczysta chwila, gdy otoczony gronem dawniejszych i ostatnich uczniów moich obok gorących i szczerych wynurzeń pożegnalnych, odbieram od nich pamiątkowe dary.

Zwracam się najpierw do Was Starszych Panowie, którzy w dawniejszych latach obok mnie na tutejszej klinice pedyatrycznej poświęcaliście się pracy zawodowej i naukowym badaniom o ile na to pozwalały środki. Dzisiaj jedni spełniacie posłannictwo w dziedzinie nauki o chorobach dzieci, jako Profesorowie lub Naczelnicy szpitali dziecięcych, drudzy jako lekarze praktykujący cieszycie się rozległem zaufaniem rodziców, powierzających Waszej pieczy najdroższe skarby, bo zdrowie i życie swych dzieci. Umiem to ocenić należycie, iż niełatwo było oderwać się Wam od codziennych obowiązkowych zajęć, a jednak zdołaliście pokonać trudności, by w dniu dzisiejszym przybyć tutaj, aby uścisnąć rękę starego profesora i wręczyń mu w upominku ostatnie owoce Waszej pracy naukowej, umieszczone w dwu, w kraju naszym wychodzących czasopismach lekarskich polskich. Ze wzruszeniem i uczuciem wdzięczności wysłuchałem przemówienia kolegi, przybywającego z Królestwa Polskiego, który składając mi życzenia w imieniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego i łódzkiego, zawiadomił mnie zarazem o zaszczytnem nadaniu mi dyplomu honorowego tych Towarzystw. Otrzymując ten zaszczyt, poczuwam się nietylko do obowiązku osobistego podziękowania, jako obdarzony, ale równocześnie, jako członek tutejszego Wydziału lekarskiego przez lat czterdzieści, z naciskiem zaznaczam, iż koledzy warszawscy i z Królestwa Polskiego zawsze zajmowali się żywo sprawami naszego Wydziału lekarskiego, przy każdej sposobności składali dowody przywiązania do tej Almae Matris, w której murach dzisiaj kształcą się liczne zastępy młodzieży zakordonowej.

Wam ukochani Panowie, z którymi w ostatnich latach stykałem się jako nauczyciel, dziękuję za złożone życzenia i za tę tablicę pamiątkową, umieszczoną w sali, w której spędziłem najpiękniejsze lata mojego życia, z którą wiążą się wspomnienia przeżytych dni, ziszczonych nadziei, a niekiedy i doznanych zawodów. Że tablica ta jest dla mnie miłą pamiątką, mówić nie potrzebuję. Dla mnie jest ona dziś pamiątką, dla czytelnika w przyszłości będzie świadectwem, że w naszych czasach na polu pracy naukowej panowała jedność i zgoda między generacyą, starszą i młodszą, między nauczającymi i uczącą się młodzieżą, a z umieszczonych dat dowie się, że przy wytrwałej pracy wzajemny szacunek i miłość nie były przemijające i chwilowe, lecz odnawiając się z roku na rok, utrzymywały się przez całe dziesiątki lat. Zaznaczyć tu muszę, że oznaki uznania ze strony uczącej się młodzieży spotykamy w wielu zakładach naszego Uniwersytetu i poza Uniwersytetem. I bodaj tych oznak pamiątkowych było jak najwięcej! Będą one świadectwem dla następnych pokoleń i dla postronnych, że w ciężkich czasach, jakieśmy przeżywali, nie opuszczaliśmy rąk, lecz rzetelną, wytrwałą pracą składaliśmy dowody naszych sił żywotnych, składaliśmy dowody, że żyjemy i żyć chcemy!

Żegnając się z Panami, nie mam zamiaru ani zapuszczać się we wspomnienia przeszłości, ani stawiać niepewnych programów na przyszłość, które ze względu na wiek mój podeszły nie mogą sięgać zbyt daleko. W ogólności tylko nadmienić muszę, że gdy przed czterdziestu kilku laty oddałem się nauce o chorobach dzieci, czułem się odosobnionym i niepewne stawiając kroki, natrafiając na przeszkody, nosiłem się nawet z myślą przeniesienia się na inne pole działania, mające już podówczas utarte i wskazane szlaki. I dziwić się temu nie było można, zważywszy, że w owym czasie nauka o chorobach dzieci nie tylko u nas, ale na wszystkich uniwersytetach europejskich nie była przez władze naukowe dostatecznie popierana. Również i ówczesne społeczeństwo (z małymi tylko wyjątkami) nie odczuwało potrzeby niesienia pomocy dzieciom ubogim, gdy chodziło o ratowanie ich zdrowia i życia. Przylgnąwszy do wybranego przedmiotu — pomimo tak niekorzystnych warunków, stwierdziłem wkrótce z wielką radością, że aczkolwiek powoli, lecz stopniowo nauka o chorobach dzieci zdobywa sobie odpowiednie stanowisko w programie nauk lekarskich, że na uniwersytetach powstają jedna za drugą osobne kliniki i katedry chorób dziecięcych. Również i w społeczeństwie budzi się coraz większe poczucie obowiązku zajmowania się sprawami, dotyczącemi zdrowia i życia dziecka. Dziś przy roztrząsaniu i rozwiązywaniu zagadnień społecznych, sprawy, odnoszące się do pielęgnowania, żywienia, utrzymywania zdrowia i życia dziecka wysuwają się na plan pierwszy i ze wszystkich stron słyszymy hasło: »Wiek XX., to wiek dziecka«.

Schodząc obecnie z pola czynnego życia, widzę przed sobą horyzont jasny w tej dziedzinie, której poświęciłem me życie. Ustępuję z pełnem przekonaniem, że zakłady, do których powstania i rozwoju przyczyniłem się, nie upadną, ani nie będą skazane na marną egzystencyę, lecz pod opieką moich następców rozwijać się będą nadal dla postępu nauki i dobra ludzkości«.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 4. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Morawski przedstawiał okaz *thoracogastroschisis partialis cum ectopia cordis*, a Dr Schlank preparat obumarłego śródściennego mięśniaka macicy. W dyskusyi przemawiał Doc. Gliński. Następnie odbył się zapowiedziany wykład Prof. Piltza.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła w miesiącu lutym 1908 dwa posiedzenia. W dniu 18. II. na posiedzeniu administracyjnem przyjęła Izba sprawozdanie skarbnika Doc Różeckiego za rok 1907, tudzież budżet na rok 1908, uchwaliła zapomogi dla wdowy po lekarzu L. 200 koron i Ch. Z. 100 kor. Ze względu na zaszły fakt przeniesienia jednego z lekarzy okręgowych w drodze dyscyplinarnej przez Wydział krajowy, a która to kara nie jest przewidziana w ustawie, uchwalił Wydział Izby zwrócić się do Wydziału krajowego z odpowiedniem przedstawieniem. — Na posiedzeniu Wydziału Izby w dniu 28. II. załatwiono cały szereg drobnych spraw, ustalono dzień posiedzenia pełnej Izby, tudzież porządek dzienny tegoż posiedzenia.

— W szpitalu OO. Bonifratrów leczono w r. 1907 1430 chorych przez 26.473 dni leczenia; w ambulatoryach przyjęto 33.000 osób. Na nowym budynku szpitalnym ciąży dług 80.000 koron, bardzo utrudniający gospodarkę, tak że roczny deficyt szpitala dobiegł 10 000 koron. Z tego powodu odwołuje się konwent Bonifratrów do ofiarności publicznej; gdyby ona zawiodła, zagrażałoby szpitalowi podobno czasowe zwinięcie oddziału chirurgicznego. Obecnie zaś od 1. III. zwinięto z braku funduszów oddział chorób skórnych, pozostawiając tylko ambulatoryum.

— Jak słychać, prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza mianowany został Doc. Dr Maksymilian Rutkowski.

— Komitet budowy pomnika Henryka Jordana powierzył ustalenie pomysłu pomnika, który stanie w parku Jordana, pp. J. Fałatowi, dyrektorowi Akademii sztuk pięknych i radcy bud. Stryjeńskiemu. Na pomnik zbierane będą składki.

— Do konkursu na posadę fizyka miejskiego stanęli do 25. II., według dzienników, lekarze powiatowi Dr Karpiński z Podgórza, Dr Kownacki z Wieliczki, Dr Opieński z Żółkwi, oraz Dr Bernaciński, Dr Flis, Dr Schaitter i Dr Zopoth z Krakowa.

— I. Zjazd w sprawie ochrony dzieci, odbyty w marcu r. z. w Wiedniu, wybrał stały komitet centralny, który postarał się o utworzenie komitetów w poszczególnych krajach koronnych. Sekcya krakowska komitetu galicyjskiego, do którego zaproszono grono lekarzy-pedyatrów, odbyła w d. 27. II. pod przewodnictwem J. E. Hausnera, prezydenta kraj. sądu wyższego, posiedzenie organizacyjne. Na posiedzeniu tem podzielił się komitet krakowski na 3 sekcye: prawniczą, pedagogiczną i administracyjną. Do zakresu działania komisyi pedagogicznej, do której z lekarzy wybrano prof. Dr Lewkowicza, Dr Jana Landau, Dr Schaittra i Dr Żeleńskiego, należy m. i. higiena szkolna; komisya zaś administracyjna, do której z lekarzy weszli Dr Bier, Dr Kwaśnicki i Dr Jan Landau, zajmuje się m. i. sprawą domów podrzutków i opieki nad niemowlętami. Nadto wybrano wydział wykonawczy i delegatów do komitetu centralnego w Wiedniu. Wreszcie uchwalił komitet prosić Radę miejską krakowską, aby z fundacyi, którą uchwali dla uczczenia 60-tej rocznicy rządów cesarza, przeznaczyła odpowiednią sumę na utworzenie schroniska dla niemowląt.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe wydało sprawozdanie za r. 1907. Przed właściwem sprawozdaniem znajdujemy w niem wiadomość o odbyć się mającym w r. b. I. wszechświatowym zjeździe dla spraw ratownictwa wraz z historycznym zarysem rozwoju instytucyi ratowniczych. Następuje potem dokładny obraz zapobiegliwej działalności Wydziału Towarzystwa, który w r. z. starał się o zjednanie liczniejszych członków (na 400 zaproszonych zapisało się do Towarzystwa tylko 22 osoby!), uzyskał zwiększenie subwencyi miejskiej z 1000 na 2000 k., trzeciego służącego i woźnicę, drugą miejską parę koni, oświetlenie elektryczne stacyi i t. d. i czynił usilne starania, by miasto wybudowało osobny budynek dla Pogotowia i by można wprowadzić stałe dyżury lekarskie (koszt ich obliczono na 12.120 k. rocznie, z czego Towarzystwo może jednak pokryć tylko 5000 k.). Ilość wypadków, w których wzywano Pogotowie w r. 1907, dobiegła 4.547, wzrastając w porównaniu z rokiem poprzednim znacznie, bo o 703. Szczegółowa statystyka tych wypadków opracowana jest bardzo starannie; ta część sprawozdania, zestawionego wzorowo przez sekretarza, p. Czesława Jakubowskiego, zasługuje na szczególne wyróżnienie. Dochody Towarzystwa w r. 1907 wynosiły 17.467 kor., wydatki 13.497 k., majątek 35.083 k. Prócz członków założycieli, dobrodziejów i dożywotnich liczyło Towarzystwo członków zwyczajnych tylko 197. — Prezesem na r. b. wybrało Towarzystwo ponownie r. dw. Prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem ponownie Doc. Brauna.

— Dyplom doktorski otrzymali p. Tadeusz Rogalski, rodem z Krakowa i p. Łucya Wanda Anna Hercokówna, rodem ze Zwierzyńca.

— Dyrektorem szpitala w Jaśle mianowany został Dr Józef Kadyi.

**Lwów.** Wydział lekarski mianował docentem prywatnym historyi medycyny Dr med. i fil. Władysława Szumowskiego.

— Zarząd miasta postanowił otworzyć miejską instytucyę »Kropli mleka«. Bezpłatne kierownictwo ofiarowali lekarze, członkowie »Towarzystwa opieki nad dziećmi«.

— Zarząd miasta zaopatrzył lekarzy miejskich w zapas surowicy przeciwbłoniczej (dostarczanej z zakładu krakowskiego gminie za połowę ceny), celem bezpłatnego stosowania leczniczego i zapobiegawczego u chorych ubogich. W ten sposób spełnia Lwów uchwałę X. Zjazdu lek. i przyr. polsk., aby podjęto zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy na szerszą skalę kosztem funduszów publicznych, którą to myśl podał pierwszy w r .1906 Dr Mikołajski. Miejski urząd zdrowia otrzymał z krakowskiego zakładu surowic w darze zapas innych także surowic leczniczych do rozporządzenia lekarzy miejskich.

— Wśród narad nad tegorocznym budżetem miejskim uchwalono szereg postulatów, mających doniosłe znaczenie higieniczno-sanitarne. I tak zażądała komisya budżetowa od magistratu, by jaknajrychlej przedłożył program i plany budowy szkół, wnioski co do lekarzy i lekarek szkolnych, co do budowy kąpieli szkolnych (zarazem ludowych) i co do apteczek szkolnych, by zwołał ankietę w sprawie reorganizacyi służby sanitarnej miejskiej; uchwalono dalej rezolucye w sprawie tygodniowych konferencyi komisarzy dzielnic wspólnie z lekarzami miejskimi, w sprawie instrukcyi dla lekarzy miejskich i objęcia części ich agend przez lekarzy policyjnych, w sprawie częstszego zwoływania miejskiej komisyi zdrowotnej. Sekcya techniczna zażądała podwyższenia kwoty na czyszczenie miasta z preliminowanych 454.000 na 500.000 koron. (W r. 1907 wydano tylko 289.000 koron). O uchwałach sekcyi sanitarnej już donosiliśmy w swoim czasie.

— W Towarzystwie przyrodników polskich im. Kopernika wybrany został prezesem na r. 1908 prof. Wiśniowski, a członkami wydziału prof. Smoluchowski, Mazurek, Zakrzewski i Kadyi.

— W zeszłym tygodniu ukazał się po raz pierwszy dodatek miesięczny do »Głosu lekarzy« w języku Esperanto, pod tytułem »Vocho de Kuracistoj«, a zawierający artykuły Dr Zamenhofa, Mikołajskiego, Wizla, Skałkowskiego i Felsa.

— W »Ateneum polskiem« (Nr 2) ogłosił prof. Biernacki zajmujące sprawozdanie krytyczne p. t. »Miecznikow i jego teorye«.

— W poliklinice lwowskiej odbyło się 22. I. 1908 posiedzenie, na którem Dr Mahl przedstawił projekt utworzenia przy poliklinice dyspensatoryum dla chorych na gruźlicę; sprawa ta dałaby się przeprowadzić przy udziale kas chorych i opiekunów ubogich, a w tym celu ma być zwołana ogólna narada.

**Poznań.** Do zarządu Wydziału lek. Towarzystwa przyjaciół nauk na r. 1908 wybrani zostali: prezesem radca Dr Chłapowski, wiceprezesem Dr St. Łazarewicz, sekretarzem Dr Dembiński, jego zastępcą Dr T. Schultz.

**Warszawa.** Pierwsze posiedzenie wydziału matematyczno-przyrodniczego Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 20. II. 1908 zagaił przewodniczący p. Eysmond wykładem o budowie protoplazmy, poczem przedstawiono 4 prace z zakresu chemii i fizyki.

— Na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa odontologicznego poruszono sprawę wydawnictwa podręcznika chorób zębów i jamy ustnej, przewlekającą się wskutek śmierci ś. p. Dr Dzierżawskiego i wybrano komisyę dla załatwienia sprawy słownictwa dentystycznego polskiego.

— Polski Komitet dla badania i zwalczania raka w Warszawie opracował schemat statystyczny, który z prośbą o nadsyłanie co pół roku (1. I. i 1. VII) materyału rozesłano w kilkunastu tysiącach egzemplarzy lekarzom ordynatorom szpitalnym. Schemat ten obejmuje: 1. Imię i nazwisko chorego. 2. Płeć. 3. Wiek. 4. Rasa. 5. Miejsce zamieszkania (gubernia, powiat, miejscowość, opis higieniczny i topograficzny domu, w którym chory mieszka). 6. Gdzie chory mieszkał przez ostatnie 5 lat. 7. Warunki bytu (zajęcie, odżywianie). 8. Wywiady (tylko co do raka). Wypadki raka: 9. u rodziców lub krewnych, 10. u domowników, 11. w domu zamieszkanym przez chorego. 12. Symptoma-

tologia. 13. Pierwotna siedziba. 14. Przebieg. 15. Przerzuty i ich siedziba. 16. Czas trwania od początku choroby. 17. Czy robiono operacyę. 18. Stan zdrowia po operacyi. 19. Nawrót. 20. Uwagi (przypuszczalna przyczyna raka, częstość raka w danej miejscowości i t. d.).

— Dzienny koszt żywienia chorych w szpitalach warszawskich miał być podniesiony z 21 kop. na 27 kop. (chociaż potrzebaby conajmniej 32 kop.). »Gazeta lek.« (8) donosi, że dotąd nawet owej skromnej podwyżki nie dano, natomiast podwyższono taryfę cen produktów spożywczych, wywołując przez to jeszcze większe od dotychczasowych trudności.

— Komisya, odbierająca zakłady dobroczynne i szpitale warszawskie pod zarząd miasta, ukończyła w zeszłym tygodniu swe prace, które trwały 5 miesięcy. Wynik prac komisyi jest następujący: Szpitale warszawskie zajmują 108.425 sążni gruntu, z których 18.890 jest pod budynkami. Wartość budynków obliczono na 2,770.013 rubli, według szacunków ubezpieczeniowych, lecz w rzeczywistości dochodzi ona do 5 milionów, gdy wartość ziemi wynosi około 12 milionów. Ruchomości oceniono na 507.600 rubli. Majątki szpitalne poza Warszawą zajmują obszar 5497 dziesięcin, a w tem prawie połowa lasu. Wartość ich wynosi około 4·5 miliona rubli, dochód zaś około 70.165 rubli rocznie. Oprócz tego przekazano magistratowi 2.128 rubli rocznego dochodu czynszowego. Kapitały, przelane do magistratu, wynoszą 3,086.934 rubli. Tym sposobem zarząd miejski otrzymał od b. Rady dobroczynności publicznej około 20 milionów rubli. Budżet Rady rzeczonej w ostatniem trzechleciu wynosił 1,423.010 rubli rocznie wpływu i 1,682.056 rubli wydatków, czyli 270.000 rubli deficytu.

— Celem uwolnienia szpitali warszawskich od przepełnienia, radzi dr Tchórznicki w »Kuryerze warsz.« (Nr 62), by nieuleczalnych i przewlekle chorych, stanowiących w szpitalach podobno 86% ogółu chorych, odsyłać do gmin rodzinnych na prowincyę, która o swoich chorych sama starać się powinna. Takich chorych z prowincyi ma być w Warszawie 22—30%. Zresztą (pomimo raz już w Tow. hig. przeprowadzonej krytyki tego projektu) zaleca Dr Tchórznicki oddawać takich chorych o ile można na wieś w opiekę rodzin (»patronage«).

— Ministerstwo oświaty ponowiło swe rozporządzenie z r. 1905, aby w szkołach żeńskich mianować lekarkami szkolnemi kobiety.

— Władze zezwoliły na urządzenie wystawy zdrojowej polskiej w Ciechocinku.

— W Częstochowie powstanie wkrótce szpital gminy izraelickiej na 10-morgowym gruncie, darowanym przez miasto na t. zw. Zawodziu.

— Dr K. Niedzielski poruszył w »Kuryerze warsz.« konieczność założenia przytułków dla ozdrowieńców w Warszawie.

— Zakład wychowawczy dla dzieci upośledzonych umysłowo otwarła w Warszawie p. Lublinerowa, żona lekarza, dla 8 wychowanków stałych i 20 przychodnich.

— Lekarzem naczelnym kolei nadwiślańskich po ś. p. Kryżem mianowano Dra Riazanowa, lekarza kolei zakaukaskiej. W ten sposób odebrano lekarzom naszym jeszcze jedno ze stanowisk publicznych.

— Dr L. Zamenhof rozpoczął wydawnictwo miesięcznika w języku polskim i Esperanto p. t. »Pola Esperantisto« — »Esperantysta polski«.

— W pracowni Dra Serkowskiego w Warszawie (Śto-Krzyzka 16) rozpoczną się 16.III. 1908 dwumiesięczne zajęcia praktyczne z bakteryologii dla lekarzy i farmaceutów; odbywać się one będą 3 razy tygodniowo po 2½ godz., a obejmują oprócz ogólnej metodyki bakteryologii i najważniejszych mikrobów chorobowych także serodyagnostykę, przygotowanie szczepionek itd. Opłata za zajęcia wynosi 25 rb.

— Zebranie 60 obywateli, zwołane przez prezydenta m. Lublina, p. Zarembę, uznało za niezbędne, by zarząd miasta niezwłocznie podjął prace przygotowawcze w sprawie wodociągów i kanalizacyi.

— Na budowę izraelickiego szpitala dla obłąkanych w Łodzi, (myśl, powzięta przed rokiem) zebrał komitet pod przewodnictwem dr. Przedborskiego dotychczas 80.000 rb. Koszta budowy szpitala, który stanie za mostem i będzie miał bezpłatny oddział dla ubogich chorych bez różnicy narodowości, obliczono na 200.000 rb.

— Władze zatwierdziły ustawę Stowarzyszenia lekarzy fabrycznych w Łodzi.

**Z różnych stron.** I. Ogólne posiedzenie »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, poświęcone uczczeniu pamięci zmarłego prezesa »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«, Dra Strawińskiego, odbyło się 11/24. II. 1908. Dr Wierciński przedstawił zarys działalności naukowej i społecznej ś. p. Strawińskiego, poczem odsłonięto popiersie Zmarłego. Następnie odbyły się wykłady: Prof. Merczynga: »Ilościowe granice badania natury« i p. J. Łukaszewicza: »Zasady filozofii naukowej«. Wreszcie przyjęto sprawozdanie doroczne byłego »Koła« i wybrano członkami korespondentami »Związku«: Prof. Ciechanowskiego, Prof. Cybulskiego i Dr Kwaśnickiego z Krakowa, oraz Prof. Popielskiego ze Lwowa.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Sbor liječnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem r. 1907 członków honorowych 22, korespondentów 7, zwyczajnych 429, posiadało 23,424 K majątku i 17,354 K funduszów zapomogowych. Dochody Towarzystwa w roku 1907 wynosiły 13,130 K, rozchody 7,600 K. W ciągu tego roku odbyło się 12 posiedzeń, a na nich 34 wykłady.

— Wydział gospodarczy IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich zaprosił lekarzy i przyrodników innych narodów słowiańskich do udziału w Zjeździe i do utworzenia w tym celu komitetów. Dotychczas zawiązały się komitety: słoweński, chorwacki, bułgarski i rosyjski.

— W IV. Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich zezwoliło ministerstwo wojny uczestniczyć lekarzom wojskowym.

— Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń, IX, Währingerstr. 13, Neurol. Institut), jako sprawozdawca międzynarodowego czasopisma »Folia neuro-biologica«, prosi autorów i wydawnictwa polskie o nadsyłanie mu prac, będących w jakimkolwiek związku z biologią układu nerwowego.

— Z okazyi tegorocznego międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Washingtonie ogłasza »Smithsonian Institute« w Washingtonie konkurs z nagrodą 1,500 dolarów na najlepszą rozprawę, przedstawioną zjazdowi, na temat: »Stosunek powietrza atmosferycznego do gruźlicy«, napisaną po angielsku, francusku, niemiecku, hiszpańsku lub włosku. Dokładniejszych wyjaśnień o konkursie udziela »Smithsonian Institute« (sekretarz Ch. D. Walcott).

— W Rosyi zakazało ministeryum lekarzom i dentystom wszelkiej reklamy; w ogłoszeniach wolno podawać tylko nazwisko, stopień naukowy, adres i specyalność. Władzom lekarskim oddano cenzurę ogłoszeń o lekach w prasie peryodycznej.

— Na fundacyę im. Kocha ofiarował znany amerykański miliarder Carnegie pół miliona marek.

— Wystawa, poświęcona sprawie pielęgnowania niemowląt i dzieci, odbędzie się we wrześniu w Solingen.

— Doroczny Zjazd niemieckiego Towarzystwa zwalczania chorób płciowych odbędzie się w Berlinie 7. III. b. r.

— W Danii postanowiono zbadać antropometrycznie i antropologicznie całą dorosłą ludność. Na czele wielkiego tego przedsięwzięcia stoją Dr Laub, generalny lekarz sztabowy, — antropolog H. Hansen i statystyk H. Westergaard.

— Klinikę dentystyczną dla dzieci zakłada miasto Zürich.

— We Francyi spróbowano na podstawie ruchu w centralnej aptece szpitali paryskich oznaczyć rozmiary stosowania nowszych i dawniejszych leków w ostatniem dziesięcioleciu. Okazało się, że pomimo wprowadzenia nowych przetworów syntetycznych nie zmienił się prawie popyt na stare leki »klasyczne«, jak makowiec, wyciąg kory chinowej, plaster glejtowy, nalewka jodowa, gliceryna, bromek potasu, azotan bizmutu, salicylan sodowy, azotan srebrowy. Zmniejszył się popyt na jodek potasu, antypirynę, kakodylan sodowy, sublimat (o 2,000 kg), kwas karbolowy (o 7,000 kg), jodoform, b-naftol, pryszczawki, kofeinę. Natomiast szybko wzrasta popyt na wodę utlenioną (z 1,000 na 102,000 kg), formalinę, teobrominę, piramidon, aspirynę, urotropinę, protargol, salofen, weronal i dermatol.

— Lekarze francuscy zawiązali w Paryżu stowarzyszenie celem stworzenia schroniska dla zubożałych, a niezdolnych do pracy kolegów.

— II Zjazd lekarzy praktycznych francuskich, mający się odbyć w Lille 25—28. VI. b. r., obradować będzie nad reformą studyów lekarskich we Francyi i nad sprawą wolnego wyboru.

— Wskutek skargi paryskich handlarzy mleka zakazały władze francuskie bar. H. Rothschildowi dalszego prowadzenia zakładów dobroczynnych, rozdających za bardzo niską cenę mleko wyjałowione, uznając to za.... nieuczciwą konkurencyę handlową!

— Rady miejskie w N. Jorku i Chicago uchwaliły karać grzywną aż do 100 dol. za hałas, sprawiany w pobliżu szpitali (w promieniu 75 m).

**Mianowani:** Dr Ribemont-Dessaignes profesorem położnictwa w Paryżu, Prof. Heffter z Marburga profesorem farmakologii w Berlinie, Dr Harttung profesorem dermatologii we Wrocławiu, Dr Peiper dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Gryfii, Prof. Adolf Schmidt dyrektorem kliniki lekarskiej w Halle.

**Zmarli:** chirurg Prof. Petersen w Kiel, b. dyrektor »Assistance publique« Dr Peyron w Paryżu, b. Prof. anatomii Pettigrew w Edynburgu; słynny chirurg Prof. Esmarch w Kiel, w 85 r. ż.; Prof. Segond w Paryżu.

Dr Józef Zduń, b. poseł na Sejm, w 89 r. ż. w Skawie w Galicyi; Dr Markus Goldsobel, b. wiceprezes Tow. lek., w 64 r. ż. w Łodzi; Dr Adam Majewski, w 63 r. ż. we Lwowie.

**Redakcya otrzymała:** Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie. Zeszyt II. (Str. 337—914). Kraków 1908. (Wydawnictwo dzieł lek. polsk. im. E. Korczyńskiego). (Cena II. zeszytu 11 K, całości 18 K). — Opieński: O epidemiologii błonicy od czasu leczenia surowicą i o nowoczesnych środkach zwalczania błonicy. Lwów 1908 (Wydawnictwo Tow. higien.).— Kostanecki: 1) Mitotische Kernteilung ohne Zellteilung in künstlich parthenogenetisch sich entwickelnden Eiern von Mactra. Bull. Ak. Um. 1908. 2) Heinrich Hoyer. Intern. Monatss. f. An. u. Phys. 1908. 3) Przemówienie przy odsłonięciu pomnika Sebastyana Petrycego w Pilznie. Kraków 1907. — Brudziński: Prof. M. L. Jakubowski (z powodu ustąpienia z katedry). Gaz. lek. 1907. — XVII Sprawozdanie krakowskiego Towarzystwa ratunkowego za r. 1907. — Biernacki: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach (z powodu laktobacyliny Miecznikowa). Tyg. lek. 1908. — Pola Esperantisto. 1908. Nr 1 i 2. Warszawa. — Karliński: Zur Kenntniss der Desinfektion mit Formalin auf kaltem Wege. Heilkunde 1908.

**Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich polskich w Lutym 1908:** *Gazeta lekarska Nr 4—8:* Bregman: O wycieku samoistnym płynu mózgowordzeniowego przez nos. Dłuski i Rospędzihowski (c. d.). Grosglik A.: O leczeniu rzeżączki w przebiegu powikłania jej zapaleniem jądra i przyjądrza. Sławiński: Przypadek wrodzonego braku obu obojczyków. Lorentowicz: O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i o histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań. Pawiński: Czy cierpienie Seneki uważać należy za astmę, czy też za anginę piersiową. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 4—9:* F. Arnstein: O kąpielach kwasem węglowym nasyconych w stwardnieniu tętnic i dusznicy bolesnej. Altkaufer: Przypadek rzadkiego ustawienia główki podczas porodu (szwem strzałkowym w prostym wymiarze wejścia). Biro: W sprawie nowotworów mózgu. Krukowski: O zapobiegawczem wkraplaniu do oczu noworodków. Gruszczyński: W sprawie leczenia przetok zębowych. Oppenheim: Rak wargi górnej. Szokalski: O aglutynacyi pod wpływem soli obojętnych. Klęsk: O czyraku. Lorentowicz: Nowe poglądy w nauce o endometritis. Polański: Przypadek samodzielnej histeryi krtani w postaci dyspnoe laryngo-spastica. — *Tygodnik lekarski Nr 5—9:* Leńko: Zestawienie przypadków chirurgicznych chorób dróg moczowych, spostrzeganych w r. 1902—1906 (w oddziale chir. szpit. powsz. we Lwowie). Kośmiński (dok.). Buraczyński: Spostrzeżenia rozpoznawcze i lecznicze w zakresie chorób skórnych i wenerycznych na oddziele dermato-wenerycznym szpitala wojskowego we Lwowie w przeciągu 2 lat. Wachholz: Z kryminologii wrodzonego niedołęstwa umysłu. Raczyński: Na czem polega usposobienie dzieci do nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Brudziński: O objawie Grocco-Rauchfuss-Hamburgera w zapaleniu wysiękowem opłucnej u dzieci. Progulski: O wynikach skórnego szczepienia dzieci tuberkuliną sposobem Pirqueta. Meisels i Progulski: Spostrzeżenia nad odczynem skórnym (Pirqueta), wywołanym u dzieci tuberkuliną ludzką i bydlęcą. Gluziński: Gruźlica narządu moczowo-płciowego. Bohosiewicz: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi zębowej daje najlepsze wyniki? — *Czasopismo lekarskie Nr 12 (1907), 1 (1908):* Pański: Przypadek zaniku postępowego nerwów wzrokowych samoistnego. Puławski: Sprawozdanie z 3. roku istnienia kąpieli tanich im. B. Prusa w Nałęczowie. Helman: Przyczynek do leczenia jodem i rtęcią gruźlicy nosa, gardzieli i krtani. Poczobut: Trzecie sprawozdanie o znaczeniu termometrycznej ciepłoty ciała w stanach patologicznych. Rosenthal: Ruch chorych w ambulatoryum przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi w r. 1907. — *Nowiny lekarskie Nr 2:* Sędziak: Zaburzenia histeryczne w górnym odcinku dróg oddechowych. Bartoszewicz: Autan, nowy preparat dla otrzymania pary formaldehydu. Palmirski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej. Czyżewicz jun. (c. d.). Ehrenpreis (dok.). Tarnowski: Hernia umbilicalis ventriculi acquisita. Brudziński: Oznaczenie ilości wysięku w opłucnej. — *Pamiętnik Towarz. lekarskiego warsz. 1907, zesz. II:* Rotstadt: Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Gedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 1—2:* Otto: Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Papée: Kiła u prostytutek we Lwowie. — *Postęp okulistyczny Nr 1:* Reis: Anatomicznie badany przypadek wyrwania nerwu wzrokowego przy wyrwaniu gałki ocznej. — *Kronika dentystyczna Nr 2—3:* Blikle: Jak powinien pracować dentysta, aby zachować swe zdrowie. Taubenhaus: Dwa przypadki z praktyki. Fabianówna: O zgorzeli miazgi zębowej i jej leczeniu trójkrezolformaliną. Friedländer: Kilka słów o dentystyce w starożytności. — *Głos lekarzy Nr 3—5:* Mikołajski: 1) Lekarze wobec wyborów do Sejmu. 2) W sprawie świadectw asekuracyjnych. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. 4) Zmiany w taryfie leków na r. 1908. 5) Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych w zastosowaniu do lekarzy Kas chorych. — Deputacya lekarzy rządowych w Wiedniu. Fels: Aforyzmy lekarskie. — Memoryał Związku lekarzy rządowych w Galicyi. — Sprawozdanie z czynności Izb lekarskich galicyjskich. — *Przegląd higieniczny Nr 2:* Bujwid: Zużytkowanie powierzchownych wód gruntowych dla celów studzien miejskich. Hornung (dok.). Szpilman (c. d.). — *Zdrowie Nr 2:* Tchórznicki: Obecny stan szkół początkowych m. Warszawy. Wilczyński Wład.: Szybki sposób oceny mleka pod względem bakteryologicznym. Higier: Ulotne wrażenia z wycieczki zbiorowej lekarzy przez Niemcy, Danię i Szwecyę.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Blutan.** Liczne doświadczenia, jakie Klautsch (Repetorium der prakt. Med. 1006) w kierowanym przez niego »St. Elisabeth-Kinderheim« w Halle n. S. z tym przetworem przeprowadził, przekonały go o znakomitem działaniu tego środka, zawierającego żelazo. Pomijając już, że dzieci wyjątkowo chętnie blutan przyjmują, występuje bardzo szybko wybitny wpływ na trawienie i apetyt u dzieci, przez co przyjmują one większą ilość pokarmów niż poprzednio, a ilość hemoglobiny rychło się zwiększa. Można zatem stosować blutan bez obawy także w wieku dziecięcym w stanach, w których brak żelaza w ustroju. *S. W.*

Odpis L. 832/08.

### Obwieszczenie.

Na podstawie reskryptu Wydziału krajowego z 2/10 1907 L. 99.704 Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Nowemmieście.

Okręg sanitarny nowomiejski obejmuje następujące miejscowości w powiecie dobromilskim: Nowemiasto, Posadę nowomiejską, Komarowice, Grodzisko, Grabownicę i Przedzielnicę, zaś w powiecie starosamborskim Błozew górną, Wołczę dolną, Koniów i Towarnik.

Lekarz okręgowy obowiązany utrzymywać aptekę domową. Do posady tej przywiązana roczna płaca 1.000 Kor. tudzież ryczałt na objazdy 450 Kor., od gminy Nowegomiasta dodatek na mieszkanie 300 Kor., a nadto prawo do emerytury względnie pensya wdowia i zaopatrzenie osieroconych dzieci z funduszu powiatowego w myśl etatu urzędniczego resp. statutu emerytalnego.

Ubiegający się winni wnieść podania do tut. Wydziału powiatowego najdalej do dnia 15 kwietnia b. r. i oprócz zdatności fizycznej i nieprzekroczonego wieku lat 40 wykazać się prawem obywatelstwa austryackiego, dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej, nieskazitelnością charakteru, znajomością języków krajowych i najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo zastrzeżone posiadającym dwuletnią praktykę resp. służbę w szpitalu powszechnym lub egzamin fizykacki.

Dobromil, dnia 25 lutego 1908. 375

Z Wydziału Rady powiatowej.

V. Prezes: *Tyszkowski.*

L. 219.

### KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady **lekarza miejskiego** w miasteczku Kozłowie powiecie brzeżańskim rozpisuje się konkurs do dnia 30 marca b. r.

Do posady tej przywiązaną jest stała płaca roczna 1.200 Kor. i dodatek połowy dochodów z taks za oględziny zwierząt na rzeź i targi wpłyniętych do kasy gminnej która to połowa wynosi przeciętnie 250 Kor.

Ponadto przy zawarciu umowy o tę posadę do powyższej płacy, zobowiązuje się Zbór izraelicki gminy wyznaniowej w Kozłowie płacić rocznie kwotę 240 Kor., zaś dzierżawca dóbr ziemskich Wielmożny Pan Kijanowski rocznie kwotę 360 Kor. Tak płaca roczna jak i wszystkie dodatki powyżej wyszczególnione będą płatne w miesięcznych ratach.

Kompetenci o tę posadę winni się wykazać dokumentami:

1) Dyplomem doktora medycyny uzyskanego na Uniwersytecie Państwa austryackiego;

2) Znajomością języków krajowych.

Podania o nadanie tej posady udokumentowane wnosić należy na ręce Zwierzchności gminnej w Kozłowie do 30 marca b. r.

Kozłów, 4 lutego 1908. 368

Naczelnik gminy:
*W. Kasprzyk.*

LWkr. 120.875.

### KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem krakowskiem, rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

Kandydaci powinni najpóźniej do 26 marca 1908 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

*a*) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia; 324

*b*) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

*c*) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, upoważniającego go do wykonania praktyki lekarskiej.

Do posady tej przywiązana płaca o rocznych 1.000 Kor.

We Lwowie, dnia 25 lutego 1908. *Piotrowski.*